

## CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT POUR UNE INJECTION DE TEOSYAL®

- L'utilisation, les indications et contre-indications et éventuels effets indésirables des implants de la gamme TEOSYAL® m'ont été expliqués.
- J'ai répondu en toute franchise à l'ensemble des questions qui m'ont été posées concernant mes antécédents médicaux et esthétiques.
- J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et des réponses satisfaisantes m'ont été apportées.

J'ai bien noté que :

- **Les produits de la gamme TEOSYAL®** sont des gels viscoélastiques d'acide hyaluronique réticulés (à l'exception de TEOSYAL® Meso), stériles, d'origine non animale et sont injectés dans la derme pour corriger les rides, les plis et l'ovale du visage ou pour augmenter le volume des lèvres.
- **Les produits réticulés de la gamme TEOSYAL®** assurent une tenue moyenne entre 6 et 12 mois. **Ces tenues varient en fonction du type de peau, des zones traitées, des quantités injectées et de la technique d'injection.**
- **TEOSYAL® Meso** est un gel d'acide hyaluronique non réticulé. Il est destiné à l'amélioration de l'hydratation cutanée.

J'ai bien été informé(e) qu'après injection de TEOSYAL® :

- Des rougeurs, œdèmes, démangeaisons, légères douleurs au point d'injection peuvent survenir suite au traitement et se résorbent en général dans les 72 heures.
- Des indurations ou nodules peuvent apparaître au point d'injection.
- De rares colorations de la zone d'injection ont été rapportées.

- J'ai également été informé(e) que de rares cas de nécrose dans la région glabellaire, d'abcès, de granulome et d'hypersensibilité ont été décrits dans la littérature, après des injections d'acide hyaluronique.
- La persistance de réactions inflammatoires au-delà d'une semaine ou l'apparition de tout autre effet secondaire doit être signalées au praticien dans les meilleurs délais. Le praticien devra y remédier par un traitement approprié. Dans tous les cas, ces effets secondaires peuvent nécessiter, pour disparaître, un traitement qui peut durer plusieurs mois.
- J'ai pris connaissance des recommandations post-injections et m'engage à les suivre.

Le traitement m'ayant été clairement expliqué, je consens à l'injection de TEOSYAL®.

■ Nom du patient (en majuscules)

.....

■ Date et signature du patient

.....

■ Nom du médecin (en majuscules)

.....

■ Date et signature du médecin

.....

.....  
cachet du médecin