

Date : _____

J'ai informé mon médecin de mes antécédents médicaux et il est clairement entendu que je ne peux pas recevoir d'injectable si :

- Je suis enceinte ou j'allaité _____
- Dans les zones présentant une affection cutanée, inflammatoire ou infectieuse (acné, etc.)

- J'ai des antécédents de maladies auto-immunes _____
- Je reçois des traitements d'immunothérapie _____
- J'ai une hypersensibilité connue à l'acide hyaluronique _____
- Je subis un traitement de laser, de dermabrasion ou d'exfoliation chimique _____
- J'ai tendance à présenter des cicatrices hypertrophiques _____
- J'ai une allergie à la protéine de lait de vache (Dysport) _____

Injectables

S'il vous plaît, lire les risques discutés avec votre chirurgien et parapher chacun d'eux.

Acide hyaluronique

- Érythème _____
- Ecchymose _____
- Œdème/enflure _____
- Asymétrie _____
- Nodule _____
- Décoloration _____

Toxine botulique

- Ecchymose _____
- Asymétrie _____
- Ptose palpébrale transitoire _____
- Céphalées transitoires _____

- Nécrose ____
 - Réaction inflammatoire retardée ____
-
1. Je comprends que l'utilisation acide acétylsalicyque (aspirine), d'ibuprofène ou de certains produits naturels peut augmenter mes risques d'ecchymoses. ____
 2. Je comprends qu'il y aura ajustement des doses en fonction de mon métabolisme et de mes attentes. ____
 3. Je comprends que l'addition de produit supplémentaire quelques semaines après la première injection peut aider à augmenter la persistance de l'effet et optimiser les résultats. ____
 4. J'autorise la prise de photographies cliniques ainsi que leur utilisation à des fins scientifiques autant dans les publications que dans les présentations. Il est entendu que mon identité sera protégée. ____