Cabinet / cachet

Questionnaire médical et consentement à un acte injectable

Informations client

Nom et prénom

Date de naissance

Téléphone

Date

FICHE PATIENT / CONSENTEMENT À UN ACTE ESTHÉTIQUE INJECTABLE

Contre-indications absolues aux actes injectables

- Être mineur — ce cabinet ne réalise aucun acte esthétique sur une personne mineure
- Grossesse et allaitement
- Maladies auto-immunes (Hashimoto, polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérose en plaques)
- Cancer (évolutif ou en cours de traitement)
- Diabète mal équilibré
- Infection en cours, fièvre ou rhume
- Herpès actif ou lésions inflammatoires ou acnéiques sur la zone à traiter
- Tendance aux chéloïdes
- Troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant
- Allergie à la hyaluronidase, au venin d'hyménoptères, aux protéines d'œuf ou à la lidocaïne
- Traitement immunosuppresseur (ciclosporine, méthotrexate, azathioprine)
- Herpès labial récidivant en cas de traitement des lèvres — prophylaxie par aciclovir nécessaire
- Produits de comblement permanents sur la zone (par ex. Aquamid)
- Soins dentaires dans les 14 derniers jours
- Voyage en avion dans les 72 heures suivant l'acte
- Rétinoïdes oraux (isotrétinoïne) dans les six derniers mois
- Maladies neuromusculaires telles que la myasthénie (toxine botulique)

Merci de répondre OUI ou NON. Dissimuler une information peut entraîner des complications graves, jusqu'à la nécrose tissulaire et la perte de la vue.

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	☐ Oui	☐ Non
Souffrez-vous d'une maladie auto-immune (Hashimoto, polyarthrite rhumatoïde, lupus, SEP) ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous un diabète mal équilibré ou un cancer ?	☐ Oui	☐ Non
Présentez-vous actuellement une infection, de la fièvre ou un rhume ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous un herpès actif ou une lésion inflammatoire sur la zone à traiter ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous tendance aux chéloïdes ou aux cicatrices hypertrophiques ?	☐ Oui	☐ Non

Avez-vous un trouble de la coagulation ou prenez-vous un anticoagulant ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allergique à la hyaluronidase, au venin d'hyménoptères, aux protéines d'œuf ou à la lidocaïne ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des produits de comblement permanents sur la zone (par ex. Aquamid) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des soins dentaires dans les 14 derniers jours ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous l'avion dans les 72 heures suivant cet acte ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pris des rétinoïdes (isotrétinoïne, trétinoïne) dans les six derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous un traitement immunosuppresseur (ciclosporine, méthotrexate, azathioprine) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des poussées d'herpès récidivantes, en particulier sur les lèvres ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà reçu de la toxine botulique ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI — dernière injection ?

Avez-vous déjà présenté une complication après un produit de comblement à l'acide hyaluronique ? ☐ Oui ☐ Non

Tous les médicaments pris régulièrement

☐ ÂGE : je confirme être majeur(e) et avoir présenté sur demande une pièce d'identité avec photographie. Je sais que ce cabinet ne réalise aucun acte esthétique sur une personne mineure et qu'un accord parental ne permet pas d'y déroger.

ACTE MÉDICAL ET MÉDICAMENT SOUMIS À PRESCRIPTION : la toxine botulique est un médicament soumis à prescription médicale obligatoire. Son injection, comme celle des produits de comblement, constitue un acte médical réservé aux docteurs en médecine ; sa pratique en dehors de ce cadre constitue un exercice illégal de la médecine (article L4161-1 du Code de la santé publique). Pour la toxine botulique à visée esthétique, la prescription et l'injection relèvent des médecins qualifiés en dermatologie, ophtalmologie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie de la face et du cou ou chirurgie maxillo-faciale. Le produit est prescrit nominativement après consultation en présence du patient et ne peut pas être prescrit à l'avance pour un groupe. La hyaluronidase, antidote en cas d'occlusion vasculaire par acide hyaluronique, est également soumise à prescription et doit être disponible sur place. Les produits de comblement sont des dispositifs médicaux relevant du règlement (UE) 2017/745. Le nom du médecin et les modalités pour le joindre en urgence, y compris en dehors des heures d'ouverture, vous ont été communiqués.

AVERTISSEMENT MAJEUR : une occlusion vasculaire par un produit de comblement peut entraîner une NÉCROSE TISSULAIRE, une PERTE DE LA VUE ou un ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL. En cas de suspicion d'occlusion, je consens à la prise en charge immédiate : dissolution du produit par hyaluronidase administrée par le médecin, appel du 15 ou du 112 et transfert sans délai vers un service d'urgence ou un service d'ophtalmologie. Je sais que la hyaluronidase doit être administrée dans un délai d'environ quatre heures et qu'elle peut elle-même provoquer une réaction allergique. J'ai été informé(e) qu'un délai de réflexion m'est laissé entre l'information et l'acte et que je ne suis pas tenu(e) d'accepter aujourd'hui.

INFORMATION SUR LES DONNÉES PERSONNELLES — Le responsable de traitement est _____, dont le siège est situé _____, n° SIRET : _____. Comme nous devons connaître votre état de santé pour intervenir en sécurité, ces catégories particulières de données ne sont traitées qu'avec votre consentement explicite et libre (article 9.2.a du RGPD). Sans ce consentement, l'acte ne peut pas être réalisé. Lorsque l'acte est réalisé par un médecin, le dossier est conservé vingt ans (article R1112-7 du Code de la santé publique) ; dans les autres cas, cinq ans conformément au délai de prescription de droit commun. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation, ainsi que du droit de saisir la CNIL.

Date

Signature du patient (consentement et questionnaire médical)

Consignes post-acte et protocole d'urgence

CONSIGNES POST-ACTE ET PROTOCOLE D'URGENCE — merci de lire attentivement et de confirmer chaque point. Le non-respect de ces consignes expose à des complications durables et, dans de rares cas, à une urgence médicale.

1. PENDANT 24 HEURES: ne pas toucher ni masser les points d'injection, ne pas appliquer de maquillage, ne pas laver la zone au savon — uniquement un nettoyant doux.

- [ ] Je comprends que je ne dois ni toucher, ni masser, ni maquiller la zone pendant 24 heures

2. PENDANT 48 HEURES: pas d'alcool (majore l'œdème et les ecchymoses), pas de sport intense, pas de sauna ni de bain chaud.

- [ ] Je m'abstiens d'alcool et de sport intense pendant 48 heures

3. PENDANT 14 JOURS: éviter le sauna, les cabines de bronzage, le froid intense, les soins dentaires, les massages du visage ainsi que les soins à base de courant ou d'ultrasons.

- [ ] J'évite pendant 14 jours le sauna, les cabines de bronzage, le froid intense et les soins concurrents

4. TOXINE BOTULIQUE (le cas échéant) : pendant quatre heures après l'injection, ne pas se pencher en avant et ne pas s'allonger à plat. Pas de sport intense ni de sauna pendant 24 heures. L'effet complet s'installe en 10 à 14 jours ; une consultation de contrôle est généralement proposée à deux semaines.

- [ ] J'ai compris les consignes relatives à la toxine botulique (le cas échéant)

5. PROTOCOLE D'URGENCE — OCCLUSION VASCULAIRE : une PÂLEUR soudaine ou une coloration livide, marbrée ou gris-bleu de la peau, une douleur intense ou croissante sans rapport avec l'acte, ainsi que tout trouble de la vision, sont des SIGNES D'URGENCE. Contactez IMMÉDIATEMENT le numéro du cabinet qui vous a été communiqué. Si vous ne parvenez pas à nous joindre, appelez le 15 ou le 112 ou rendez-vous sans délai aux urgences — aux urgences ophtalmologiques en cas de trouble visuel — en signalant l'injection d'acide hyaluronique. La hyaluronidase doit être administrée dans un délai d'environ quatre heures.

- [ ] J'ai compris le protocole d'urgence : peau qui pâlit, douleur intense ou trouble visuel imposent un contact immédiat avec le cabinet, à défaut le 15 ou le 112 ou les urgences
- [ ] *Je donne mon consentement libre et éclairé à l'acte proposé ; j'ai reçu une information sur les risques, les effets indésirables, le résultat attendu et les alternatives, y compris l'abstention, et il a été répondu à mes questions (articles L1111-2 et L1111-4 du Code de la santé publique)*
- [ ] *Je consens expressément et librement au traitement de mes données de santé afin que mon éligibilité soit évaluée et que l'acte soit réalisé en sécurité (article 9.2.a du RGPD)*

INFORMATION : nous vous recontacterons après l'acte pour prendre des nouvelles de la cicatrisation et, le cas échéant, convenir d'un contrôle. Cette prise de contact repose sur notre intérêt légitime à votre sécurité et à la qualité de notre prestation (article 6.1.f du RGPD) ; elle n'exige pas votre consentement. Vous pouvez vous y opposer à tout moment.

- [ ] *CONSENTEMENT MARKETING : je consens librement et à titre gratuit à ce que _____ utilise et publie des photographies de mon acte (sans faire apparaître mon visage ni aucun élément permettant de m'identifier) à des fins promotionnelles, sur les profils officiels sur les réseaux sociaux (notamment Instagram et Facebook) et sur le site internet. Je peux retirer ce consentement à tout moment pour l'avenir.*

INFORMATION SUR LES DONNÉES PERSONNELLES — Le responsable de traitement est _____, dont le siège est situé _____, n° SIRET : _____. Comme nous devons connaître votre état de santé pour intervenir en sécurité, ces catégories particulières de données ne sont traitées qu'avec votre consentement explicite et libre (article 9.2.a du RGPD). Sans ce consentement, l'acte ne peut pas être réalisé. Lorsque l'acte est réalisé par un médecin, le dossier est conservé vingt ans (article R1112-7 du Code de la santé publique) ; dans les autres cas, cinq ans conformément au délai de prescription de droit commun. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation, ainsi que du droit de saisir la CNIL.

Date

Signature du patient (consignes post-acte, protocole d'urgence et données personnelles)