

Formulaire de Consentement éclairé concernant le traitement par Radiofréquence (EVA)

Je soussigné(e),
Nom Prénom.....

Certifie avoir été informé(e) de manière éclairée par Mme DGERBI Corinne

des contre-indications suivantes au traitement par Radiofréquence :

- Femmes enceintes
- Patients avec pace maker et /ou autres implants électriques
- Personnes souffrant de maladies sexuellement transmissibles
- Personnes atteintes d'un prolapsus utérin sévère (descente d'organes)
- En présence d'infections actives des voies urinaires
- En présence d'infections dermatologiques aiguës ou chroniques dans la zone vulvo vaginale, herpès génital actif, virus HPV(Humain Papilloma Virus), tissus ischémiques, plaies , peau ou muqueuse endommagée, irritée, rouge ou avec une infection
- Personnes ayant un dispositif intra vaginal qui ne peut être enlevé et remplacé après le traitement
- Personnes ayant subies récemment une chirurgie invasive ou ablatrice
- Personnes sujettes au saignement ou prenant des anticoagulants
- Personnes atteintes d'un système immunitaire affaibli en raison d'une maladie auto-immune telle que HIV ou utilisant des médicaments immunosuppresseurs

Principes :

EVA™ agit par réchauffement sélectif de la muqueuse vaginale entraînant une micro-circulation et une hydratation, créant ainsi les conditions d'un vagin jeune et bien irrigué de façon hormonale. EVA™ améliore la structure vaginale et réduit l'atrophie ce qui aide à reprendre des fonctionnalités normales et saines.

Effets indésirables :

La peau est légèrement rosée et des picotements peuvent être ressentis pendant quelques jours.

Tarifs :

A partir de 150 euros (suivant la zone)

J'ai été informé(e) sur ces traitements, de leurs contre-indications et de leurs principes. En tant que majeur, je signe mon consentement :

Date :

Signature :