

## Formulaire de Consentement éclairé concernant le traitement par LED (TRIWINGS)

**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 :

- Prise de médicaments photosensibilisants
- Traitements antiinflammatoires
- Grossesse
- Épilepsie
- Cancer

### **Principes :**

La diode électroluminescente est un dispositif capable d'émettre de la lumière lorsqu'il est parcouru par un courant électrique.

Les applications sont : acné, brûlures liées ou non au soleil, érythèmes post laser, post radiofréquence, cicatrices, couperose, rosacée, rajeunissement de la peau, lentigos et masque de grossesse, vergetures.

Je comprends que

### **Effets indésirables :**

Les réactions sont rares incluant nausées, étourdissements, sensations de picotements et de flashes dans les yeux. La LED est appliquée à quelques cm du visage ou de la zone à traiter.

Elle est totalement indolore. On ressent une chaleur localement. La durée est de 15 min en moyenne. Je comprends que je n'ai pas de garanties absolues de résultats

### **Tarifs :**

De 50 euros la séance

**Je comprends que ce traitement est d'ordre esthétique, qu'il n'y a aucune garantie de résultat, et que ma décision est personnelle. J'ai eu la possibilité de poser toutes mes questions et j'autorise ce traitement en connaissance de cause. J'ai été informé(e) sur ces traitements, de leurs contre-indications et de leurs principes. En tant que majeur, je signe mon consentement :**

**Lu et approuvé.    Date le**

**Signature**