**CONSENTEMENT ECLAIRE du patient**

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) …………………………………………………………………………………

- confirme avoir reçu et lu les informations nécessaires à la compréhension de l’intervention chirurgicale à visée esthétique :…………………………………………………………………………………………………………ou de l’utilisation du (des) produit(s) suivant(s) à visée esthétique :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- avoir pris note que l’intervention sera réalisée par le Docteur ……………………………………..………...,

- avoir été informé(e) des contre-indications et des effets secondaires possibles de ce(s) produit(s) et des recommandations à suivre,

- avoir informé ce médecin de mes antécédents médicaux, des interventions, soins et traitements dont j’ai bénéficié et que j’ai suivis à ce jour,

- avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais à ce médecin et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

❒ J’accepte / ❒ Je refuse

d’être photographié(e) et/ou filmé(e) avant et après l’utilisation de ce(s) produit(s), sachant que ces clichés et/ou vidéos ne pourront être utilisés qu’à titre d’information dans mon dossier médical ou de manière anonyme dans des publications/vidéos pédagogiques ou scientifiques.

Fait à …………..…….., le……………….

Signature du patient précédée Signature et cachet du médecin

de la mention «lu et approuvé»