

Ce document vous est remis par le docteur **GHIBAUO**

83 avenue Victor TUBY

06140 Vence

Diplôme universitaire de dermatologie esthétique, laser dermatologique et cosmétologie

Tel : 09 86 40 04 40

Pour toute information complémentaire vous pouvez consulter le site:

www.docteur-ghibaud.com

Merci de confirmer votre rendez-vous 48h avant, tout rendez-vous non confirmé sera annulé

Mode de paiement accepté : chèque ou espèce.

Il s'agit d'actes uniquement esthétiques. Les examens, l'intervention, les prescriptions thérapeutiques et d'arrêt de travail éventuel ne pourront pas être pris en charge par l'assurance maladie, y compris les crèmes anesthésiantes que vous appliquerez éventuellement avant le traitement.

En cas d'urgence contactez le 15 ou les urgences de la clinique saint jean 04 92 13 53 13

CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRE: PEELING MOYEN-PROFOND DATE:
Traitement de l'acné, éclat du teint, ridules, photo vieillissement

Document réalisé en vue de séances de peeling pratiquées par le **Dr**.....
A son (sa) patient (e) **NOM**.....**PRENOM**.....

TCA- 10% de phénol

Le peeling moyen à l'acide trichloracétique ou (TCA) + 10 % de phénol agit plus profondément en éliminant plusieurs épaisseurs de cellules cutanées. Son action abrasive va donc permettre d'estomper **les taches brunes** par exemple, mais aussi **de lisser les premières rides, de resserrer les pores, éliminer les points noirs et estomper les cicatrices.**

Autre avantage: ce procédé permet, en plus, de réactiver le renouvellement cellulaire et de stimuler la production de collagène. La peau apparaît rafraîchie, et nettement plus ferme.

L'action du produit va provoquer une sensation de chaleur au niveau du visage, qui peut être assez intense (comme une brûlure) si l'on a la peau sensible.

Le peeling est généralement réalisé de manière progressive
1 à 2 peeling peuvent être nécessaire.

Précautions:

En cas d'herpès simplex récurrent, une prophylaxie orale est recommandée. Penser à le signaler à votre médecin.

Certains médicaments contre indique ce peeling, informer votre médecin.

Peeling non conseillé sur les peaux foncées ou après exposition solaire.

Il est déconseillé de réaliser cette technique en période estivale ou un à deux mois avant toutes éventuelles expositions solaires. Les bancs solaires sont proscrits pendant les 6 mois qui suivent le traitement.

Soins Post-opératoires

Tout d'abord apparaît un effet de givrage, il persistera un œdème plus ou moins discret et long selon les patients.

Un érythème (rougeur) est d'autant plus important et long que le teint est clair.

La peau paraît tendue et « cartonnée » puis desquame (pèle) pendant sept jours avec, en fonction de la concentration utilisée la formation de croûtes.

Le patient peut utiliser un nettoyant doux et appliquer une crème hydratante afin d'éliminer la couche exfoliée. Il ne doit en aucun cas arracher les squames au risque d'induire des cicatrices.

Une fois la cicatrisation effective, l'érythème s'atténue progressivement pour disparaître complètement en quelques semaines hors exposition solaire.

Effets secondaires

Il peut persister une hyperpigmentation plus ou moins transitoire et d'autant plus longue qu'une protection solaire n'est pas appliquée et que la peau est foncée.

COMMUN ACCORD

La décision de l'acte esthétique de peeling est prise d'un commun accord entre:

Le patient qui exprime un désir, s'informe et consulte dans le but de se faire traiter, et le Docteur qui lui explique les possibilités techniques propres à son cas particulier, les modalités et les aléas d'un peeling.

Ce commun accord nécessite, une fois la décision prise, un suivi médical régulier qui permet au praticien de mettre à la disposition de son patient tous les moyens techniques dont il dispose.

Les aléas post-peeling, s'ils surviennent, pourront être traités mieux, et, au même titre que la décision opératoire est commune, l'est aussi toute responsabilité inhérente à son évolution et à ses suites.

Il est convenu ce qui suit:

1. Je reconnais que j'ai pu poser toutes les questions concernant cet acte et que j'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité de durée et d'aspects tels que: d'anatomie locorégionale, de cicatrisations, de réactivité psychologique, ainsi que des risques exceptionnels voire même inconnus.

2. Vous m'avez informé des bénéfices attendus et des alternatives thérapeutiques.

3. Je vous confirme que vous m'avez exposé les suites inhérentes à tout peeling, œdème, roseur, desquamation plus ou moins importante selon l'intensité du givrage obtenu, tiraillements, picotements, sensations de brûlure et j'ai pris note qu'il ne fallait pas titrer sur les squames.

4. Je reconnais que, d'un accord commun, nous sommes convenus d'un délai minimum de jours à respecter entre la consultation et l'intervention éventuelle et que, dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celles de mon médecin traitant.

5. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrivez en pré et post-acte.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

Je prends note qu'une éviction solaire de 1 à 2 mois est obligatoire après le peeling.

En cas d'exposition solaire, utilisez **Sun Ceutic** Dermaceutic FPS 50 (ACL 447 524 3).

Ce peeling nécessite une préparation de peau à **effectuer 15 jours minimum** avant l'acte en cabinet.

PRESCRIPTION POUR LA PREPARATION DE LA PEAU

Soin de jour : **Daylight C20 ENEOMEY** ou **Serum C25 Dermaceutic (ACL 447 523 7)** à arrêter la veille du peeling.

Soin de nuit : **stim renew 15 eneomey** à arrêter la veille du peeling.

Soin Réparateur : **Panthenol ceutique** 2 fois par jour (au minimum) pendant 7 jours sans aucun autre produit et en évitant strictement l'exposition au soleil.

Nettoyer à l'eau avec un savon surgras,

Après ces 7 jours, appliquer ensuite **Kceutic** 2 fois par jour pendant 1 mois et reprendre les soins préparateurs.

Puis **pendant 6 mois**, utiliser 1 **protection solaire 50+** lors des expositions.

Tarif*: (devis valable 6 mois)

Fait à, le.....

PATIENT

NOM ET PRENOM

DOCTEUR