FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES FILS TENSEURS INSTALIFT

Le fil tenseur Silhouette InstaLift est un dispositif stérile à usage unique résorbable qu’on implante sous le tissu sous cutané. Plusieurs fils sont utilisés afin de permettre l'élévation et le repositionnement du tissu facial destiné aux patients adultes. Le produit est composé de 82% d'acide poly lactique (PLLA) et de 18% d'acide polylactique-co-glycolique (PLGA). Le fil tenseur Silhouette Instalift est une technologie avancée de micro-suspension résorbable (fils biodégradables). C'est un système de suspension pour soulever la peau relâchée au milieu du visage et de la mâchoire. L'appareil contient des cônes bidirectionnels. Les cônes supérieurs s'ancrent latéralement au tissu immobile et les cônes inférieurs suspendent le tissu mobile (le pli nasolabial médial, les marionnettes et les bajoues). Les résultats durent de 18-24 mois et peuvent varier d’une personne à l’autre. Dans certains cas, une retouche peut être nécessaire 6 mois après le traitement initial.

# ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES

* Les patients peuvent présenter une légère réaction inflammatoire locale des tissus. Les symptômes peuvent être une douleur légère, un gonflement et des ecchymoses. L'œdème se résout en 48-72 heures. L'apparence d’une hyper correction disparaît généralement dans les 48- 72 heures.
* L’ondulation transitoire ou formation de fossettes est normal dans la première semaine. Un suivi 1 semaine après votre traitement sera cédulé avec votre professionnel afin de s’assurer que tout est ok .
* Lésion nerveuse sensorielle ou motrice
* Asymétrie - peut nécessiter une correction supplémentaire
* Fil palpable et / ou visible / nœuds / cône

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Par ma signature je déclare que :

* Je ne suis pas enceinte et je n'allaite pas
* Je ne souffre d'aucune des allergies suivantes: lidocaïne, épinéphrine ou plusieurs allergies sévères à diverses substances.
* Je n'ai pas d'antécédents de trouble de la coagulation, de cicatrisation anormale ou de maladie auto-immune.
* Je ne prends pas de suppresseurs immunitaires ou d'anticoagulants.

La procédure élective, ainsi que les risques potentiels, les avantages et les options ont été expliqués à ma satisfaction.

Je comprends qu'aucune garantie n'a été implicite ou exprimée concernant les résultats de mon traitement. Je suis conscient que des complications inattendues et / ou inexpliquées peuvent survenir.

En signant ci-dessous, je reconnais :

* Avoir lu le consentement éclairé,
* Avoir eu l'occasion de discuter de toutes les questions que j'ai avec mon infirmière/médecin à ma satisfaction;

**AUTORISATION**

J’autorise l’infirmière………………………………., numéro de permis de OIIQ :……………. à exécuter la procédure qui m’a été proposée et expliquée lors de mon évaluation

- Date : / /

- Nom du patient : (lettres moulées) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Signature du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Signature de l’infirmière : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Signature du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_