

FICHE D'INFORMATION PATIENT

Ce document constitue une notice explicative des risques et bénéfices de la technique de Cryolipolyse - IceKub que vous souhaitez réaliser.

Il constitue une décharge de responsabilité de la personne qui vous prend en charge et qui a commenté ces informations générales en les adaptant à votre situation particulière.

Je soussigné M. / Mme.....

Domicilié

Reconnais que la nature de la cryolipolyse - IceKub ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Je suis informé(e) que dans le cas de prise de drogue ou d'alcool, toute séance de Cryolipolyse est formellement interdite.

De plus, veuillez prendre connaissance des **contre-indications et/ou précautions** :

- Allergie au froid
- Hypersensibilité au froid
- Enfants (-18 ans)
- Urticaire au froid
- Hémoglobinurie paroxystique au grand Froid.
- Plaie ouverte ou infectée, inflammation, saignement récent.
- Femme enceinte ou en période d'allaitement
- Hernie et ATCD de hernie

Des précautions doivent être prises pour l'utilisation de IceKub dans les cas suivants :

- Coagulopathie ou prise d'anticoagulants
- Insuffisances circulatoires (varices)
- Complications dermatologiques dans la zone à traiter (eczéma ou dermatite par exemple)
- Diabète
- Altération de la sensibilité dans la zone à traiter
- Chirurgie récente ou cicatrice récente dans la zone à traiter
- Injections sous-cutanées récentes dans la zone à traiter (dans les 48 heures)

Effets indésirables :

- Rougeurs
- Légers œdèmes
- Engourdissements temporaires

Fait à Le

Signature