



Centre dentaire  
de La Rive

## **CONSENTEMENT DU PATIENT - NEUROMODULATEURS (ESTHÉTIQUE)**

*Veillez vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse avant de signer ce document.*

---

### **LE TRAITEMENT**

Je comprends qu'un neuromodulateur (BOTOX® Cosmetic, Dysport®, XEOMIN®) est injecté dans un muscle afin de réduire temporairement sa force de contraction. Cet effet peut commencer à apparaître 2 à 4 jours après l'injection, avec des résultats complets sous 14 jours. La durée de l'effet est en moyenne de 3 mois, mais peut varier.

Le but du traitement est d'atténuer les contractions musculaires responsables des rides d'expression sans éliminer totalement les mouvements du visage. Il peut réduire ou supprimer temporairement les ridules intersourcilières (« froncement des sourcils »), les rides périorbitaires (« pattes d'oie ») et les rides frontales. Toutefois, il n'affecte pas les rides profondes et bien établies.

Je m'engage à respecter les recommandations suivantes après l'injection :

- Rester en position verticale pendant 4 heures pour éviter la migration du produit.
- Contracter les muscles injectés toutes les quelques minutes pendant une heure.
- Ne pas masser ni manipuler la zone traitée durant les 4 heures suivant l'injection.
- Éviter les soins dentaires pendant 2 semaines après le traitement afin de réduire les risques d'infection ou de déplacement du produit.

Je comprends que la réinjection ne pourra être effectuée qu'une fois l'effet du précédent traitement complètement dissipé, afin d'éviter tout risque accru d'effets indésirables tels que la migration du produit ou l'affaissement des paupières. De plus, une tolérance au neuromodulateur peut apparaître au fil du temps, réduisant son efficacité.

Je suis informé(e) qu'il est conseillé d'éviter les anticoagulants (alcool, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, ail à forte dose, ginseng, gingko et autres suppléments à base de plantes) jusqu'à 3 jours avant le traitement. Après l'injection, il est préférable d'éviter les activités physiques intenses, bains chauds, saunas, soins du visage, alcool et anti-inflammatoires pendant 24 heures.

Les neuromodulateurs peuvent être utilisés pour des indications "*hors homologation*" non approuvées par les fabricants ou par Santé Canada. Mon praticien pourra recommander leur utilisation dans des zones additionnelles comme le bas du visage ou le cou.

---

### **RISQUES ET COMPLICATIONS**

Aucune procédure n'est totalement exempte de risques. Je comprends que l'injection de neuromodulateurs peut entraîner des effets indésirables tels que :

- Affaissement temporaire de la paupière (jusqu'à 4 mois, risque de 2 %)
- Diplopie (vision double), maux de tête passagers
- Ecchymoses, rougeurs, gonflements au site d'injection
- Symptômes pseudo-grippaux, infections, engourdissement temporaire
- Difficulté à prononcer certains mots, à boire à la paille (si injection autour de la bouche)
- Risques rares de saignement et de réactions allergiques

**Initiales :** \_\_\_\_\_ Je reconnais que les résultats ne sont pas garantis et que je prends librement la responsabilité des risques associés à cette procédure.

---

### **DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ**

**Initiales :** \_\_\_\_\_ Je renonce librement à toute réclamation envers le Dr(e) \_\_\_\_\_ et la clinique **Centre dentaire de La Rive** ainsi qu'envers toute personne physique ou morale associée.

---

## PHOTOGRAPHIES

J'autorise la prise de photographies à des fins de suivi de mon traitement. Mon identité sera protégée.

---

## GROSSESSE, ALLERGIES, MALADIES NEUROLOGIQUES ET CONDITIONS MÉDICALES

Je certifie que :

- Je ne suis pas enceinte, j'essaie pas de concevoir, ni en cours d'allaitement.
  - Je ne suis pas allergique aux neuromodulateurs, aux anesthésiques ou à l'albumine humaine.
  - Je n'ai aucune maladie neurologique ou neuromusculaire (ex : sclérose en plaques).
  - Je ne prends ni antibiotiques de type aminoglycoside ni tétracycline.
  - J'ai informé mon praticien de toutes mes conditions médicales préexistantes.
- 

## PAIEMENT

Je comprends qu'il s'agit d'une procédure facultative **NON COUVERTE PAR LES ASSURANCES** et que le paiement est exigé le jour du traitement. Une consultation préalable est requise, mais le patient n'est pas obligé de poursuivre avec le traitement lors de cette consultation.

**Initiales :** \_\_\_\_\_ J'ai lu et compris ce document. Mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. J'accepte les risques et les complications de la procédure et reconnais que les résultats ne sont pas garantis.

Je suis conscient(e) qu'en signant ce document, je renonce à certains droits légaux en mon nom et au nom de mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et proches parents.

---

## SIGNATURES

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du dentiste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_