

CRISTAL SKIN est une technique de soin esthétique dotée de la technologie de radio-multifréquence multipolaire. Elle est indiquée pour le traitement du relâchement cutané et le traitement de la cellulite.

La radio-multifréquence est basée sur l'émission d'ondes électromagnétiques à haute fréquence qui pénètrent la peau et la chauffent (température pouvant aller jusqu'à 47°). La radiofréquence multipolaire permet de concentrer les flux électriques sur des zones des zones corporelles localisées.

Les ondes électromagnétiques diffusent de la chaleur et agissent à différents niveaux de profondeur pour cibler respectivement le derme (la peau) et l'hypoderme (la graisse).

En conséquence, d'une part, les fibres de collagène et d'élastine existantes se resserrent et de nouvelles sont produites. Ce remodelage favorise ainsi une régénération de la peau qui apparaît plus tonique et plus ferme.

D'autre part, la radio-multifréquence va aider à détruire certaines cellules graisseuses résistantes aux autres traitements.

De nombreuses parties du corps et du visage peuvent être traitées.

Ce traitement ne nécessite aucune anesthésie et est parfaitement indolore. Les patients sont confortablement installés et peuvent se détendre durant la séance.

QUELS SONT LES EFFETS OBSERVÉS SUR LA PEAU ?

Le réchauffement profond des tissus permet de :

- Lutter contre l'aspect fripé de la peau du visage, du cou et du décolleté et redonne fermeté et éclat
- Raffermer la peau du corps et redessiner notamment les bras, les cuisses et le ventre.
- Améliorer l'aspect des vergetures et atténuer les cicatrices
- Lutter contre les amas graisseux modérés et la cellulite.

QUELS SONT LES RISQUES ?

- Pas d'effets secondaires proprement dit mais de légères rougeurs qui disparaissent spontanément.
- Dans de très rares cas, le soin peut provoquer une brûlure si les protocoles ne sont pas respectés

COMBIEN DE SÉANCES SONT NÉCESSAIRES ?

Plusieurs séances sont nécessaires pour des résultats. Six à huit séances espacées de 8 jours sont nécessaires.

J'ai pris connaissance des risques et des effets secondaires existants et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître.

Nom :

Signature :

Date :

DROIT D'AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Je soussigné(e) autorise le Dr GOURHANNIC à prendre des photographies sur lesquelles j'apparaîtrai afin de vérifier le résultat réel et visible du traitement.

Les conditions de prise de vue sont les suivantes :

- le modèle ne doit pas être reconnaissable. Si le visage est photographié les yeux seront cachés sur le cliché ;
- la photographie ne doit pas porter atteinte au modèle ;
- la photographie ne doit pas faire paraître un élément reconnaissable du modèle (ex : tatouage) ;
- la photographie doit être prise sur la zone traitée.

Les modes de diffusion sont les suivants :

Le modèle (qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur son image) autorise le médecin à faire usage des photographies pour les utilisations visées ci-dessous. En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le modèle devra rayer la mention concernée. Il est informé qu'en ne refusant aucune autorisation, sa photographie pourra être utilisée sur tous les supports indiqués ci-dessous :

- études cliniques
- présentations internes
- présentations externes
- publications réseaux sociaux
- expositions
- publicités

Durée de l'autorisation :

La présente autorisation est accordée pour une durée indéterminée à compter de sa signature.

Engagement du médecin :

Le médecin s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ou tout autre exploitation préjudiciable. Il tiendra à disposition du modèle un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande.

Fait à Le

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé ».