

DOCTEUR D. MOUTAPAM SELARL MMLAA

MÉDECINE LASER ANTI AGE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
Ancien assistant des Hôpitaux
Ancien praticien hospitalier
DIU de Médecine Morphologique et Anti-âge
DU de Nutrition Dijon
3 rue Beauséjour 85590 LES EPESES
d.moutapam@wanadoo.fr

N° D'identification: 85173129.9
Tel: 0251574606
FAX: 0251573930

Date :

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné Madame ...(Nom Prenom)

Certifie **donner mon accord** au Docteur Dieudonné MOUTAPAM

pour réaliser l'intervention à visée esthétique suivante :

.... (Description de l'intervention).

avec/ sans anesthésie locale , arrêt de travail prévisible **zéro** jours

L'acte prévu ledate sera effectué Cabinet du Docteur MOUTAPAM 3 rue Beauséjour
85590 LES EPESES

Tarif ... **en euros** selon devis préalable établi ce même jour .

J'affirme avoir bien compris la méthode et les appareils éventuellement employés . J'ai pris
connaissance des traces possibles après l'intervention :

complications spécifiques à l'anesthésie locale (possible allergie , malaise vagal ..)

complications spécifiques aux produits employés (allergie, réactions inflammatoires...)

ecchymoses , hématomes

infection locale

phénomènes pigmentaires cutanés , etc ...

après certains soins , et dans certains cas , la peau ne doit pas être exposée au soleil pendant une
période donnée .

J'atteste que le Docteur D. MOUTAPAM a répondu à toutes mes questions , m'a informé et
documenté sur l'intervention , va respecter un délai légal de 2 semaines avant l'intervention , et
j'ai bien compris le déroulement et les risques de cet acte esthétique .

Fait à LES EPESES
(en deux exemplaires)