

# 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 le .....**date** 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)