

Consentement Eclairé

Peeling au Phénol

Le peeling au phénol est un peeling chimique et profond qui consiste à détruire d'une manière maîtrisée l'épiderme afin de régénérer l'ensemble des couches.

Les Indications

Le yeint terne
Les rides profondes
Les ridules
Les cicatrices d'acné
Les kératoses actiniques
Les lentigos
Cernes colorés

Le peeling au phénol peut être fait sur toutes les parties du visage.

Consignes avant la séance

Une préparation de la peau est indispensable avec une solution exfoliante et régulatrice de la pigmentation dont le but est de mettre les mélanocytes au repos.

Le déroulement de la séance

Le médecin effectuera une anesthésie locale avant l'intervention et administrera du paracétamol pour ensuite appliquer sur la peau le peeling à l'aide d'un coton tige humide afin de provoquer une destruction limitée et contrôlée de l'épiderme voire des couches superficielles et profondes du derme. Enfin pour terminer l'opération, le médecin appliquera de la vaseline stérile et du bismuth.

Les suites

Œdème
Sensibilité de la peau
Démangeaisons
Légères douleurs

Le masque appliqué par le docteur le jour de l'acte (vaseline+ bismuth) ne devra ni être rincé, ni humidifié pendant 7 à 10 jours.

Il est important de noter qu'une éviction sociale est à prévoir pendant 7 jours.

Le masque sera retiré au cabinet. Après son retrait, la peau sera colorée d'un rose soutenu.

La peau conservera une couleur rosée pendant 1 à 2 mois.

Il est impératif de ne pas s'exposer pendant 3 à 6 mois après l'acte et d'appliquer quotidiennement une crème avec protection solaire type Kceutic, au moins pendant une année, pour éviter tout rebond pigmentaire.

Les contre-indications

Insuffisance hépatite et rénale
Troubles du rythme cardiaque
Diabète
Éruption cutanée active, acné ou herpès

Consentement Eclairé

Peeling au Phénol

Je certifie que le Dr Hérault Bardin m'a exposé tous les risques inhérents à ce geste.
Je reconnais que j'ai pu poser toutes les questions concernant cette intervention et que les explications ont été claires et compréhensives.

Par le présent document, j'autorise le Dr Hérault Bardin à réaliser sur moi le traitement.
Je donne mon consentement libre et éclairé à l'acte mentionné.

Le .../.../....

Signature Nom, Prénom