



Veillez lire et parapher chaque déclaration. Complétez et signer chaque sélection individuelle en fonction des besoins.

Paraphes

- J'autorise le Docteur _____ à effectuer sur mon corps, les traitements avec
 - l'IPL-SQ
 - PRODEEP dans un effort destiné à améliorer
 - la dyschromie
 - l'hyperpigmentation
 - l'épilation
 - l'hémangiome
 - l'angiome
 - Autre : _____
 - la couperose
 - la télangiectasie
 - la révision des cicatrices
 - les rides légères
 - l'amélioration des vergetures

- Je comprends qu'il y a une infime possibilité de manifestation d'effets secondaires ou de graves complications dont la décoloration permanente, la formation de cicatrices, l'œdème et des rougeurs. Je suis conscient(e) du fait que cette possibilité sera diminuée si je suis attentivement toutes les consignes qui me sont données. _____

- Je comprends la liste qui apparaît ci-dessous qui énumère les effets indésirables à court terme et je m'engage à suivre les consignes correspondantes :
 - Écaillage des lésions pigmentées - il peut falloir entre 5 et 10 jours pour que les croûtes s'écaillent et disparaissent et il est important de ne pas manipuler ou de ne pas les arracher, ce qui peut par ailleurs entraîner la formation de cicatrices
 - Inconfort - au cours de la procédure, il se peut que j'éprouve une sensation semblable à un coup d'élastique dont l'intensité variera en fonction de l'état de ma peau et de la sensibilité de la zone corporelle, mais cette sensation ne dure pas longtemps. Une légère sensation de « coup de soleil » peut suivre pendant généralement moins d'une heure et celle-ci sera soulagée par l'application de crèmes rafraîchissantes et apaisantes. _____
 - Rougeurs et gonflements - dont la gravité et la durée dépendent de l'intensité du traitement et de la sensibilité de la zone à traiter. Ces phénomènes peuvent être soulagés par l'application de crèmes rafraîchissantes et/ou anti-inflammatoires
 - Des ecchymoses se produisent rarement et peuvent durer maximum 2 semaines.

- Je comprends que toute exposition solaire et tout bronzage ne sont pas conformes aux consignes applicables avant le traitement et après le traitement et que cette pratique pourrait augmenter le risque de complications. _____
- La procédure tout comme les avantages et les inconvénients potentiels m'ont été expliqués dans le détail et j'ai obtenu des réponses à toutes les questions que j'ai posées. _____
- Les consignes relatives aux périodes précédant et suivant le traitement ont donné lieu à une discussion et je les comprends parfaitement _____
- Je comprends que les résultats peuvent varier en fonction des individus et je reconnais qu'il est impossible de prévoir comment mon corps va réagir à ce traitement ni combien de séances seront nécessaires _____
- Je donne mon consentement à la prise de photos destinées à documenter mon dossier médical et à évaluer mes réactions au traitement sachant qu'elles seront conservées dans mon dossier médical _____
- Je donne mon consentement à l'utilisation de photos dans le cadre de la formation médicale ou pour qu'elles soient publiées avec discrétion, sans révéler mon identité _____
- J'accepte de compléter cette liste de vérification des conformités de prétraitement par IPL™/laser à l'aide de mon médecin traitant, et d'apporter des données précises et mises à jour, pour autant que je sache _____

Je soussigné(e) _____ certifie avoir dûment lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement éclairé et avoir donné des informations précises sur mon état de santé. Je donne librement mon consentement à être soumis(e) aux traitements _____

Type de peau de la zone à traiter : I II III IV V VI

Exposition solaire naturelle ou artificielle au cours des 3-4 semaines précédant ou suivant le traitement

NON OUI

Utilisation d'autobronzants ou d'activateurs de bronzage (pilules) lors des 3-4 semaines précédant le traitement

NON OUI

Préparations à base de plantes photosensibles (Millepertuis commun, Ginkgo biloba, etc.) ou aromathérapie (huiles essentielles)

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Maladies pouvant être stimulées par la lumière entre 515 nm et 1200 nm, telles que les antécédents de lupus érythémateux disséminés ou de porphyries

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Femme enceinte ou pouvant l'être, femme venant d'accoucher ou qui allaite

NON OUI

Maladies inflammatoires de la peau (dermatite, acné actif, etc.)

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Présence ou antécédents de boutons de fièvres ou d'herpès simplex

NON OUI

VIH

NON OUI

Cancer actif (actuellement traité par chimiothérapie ou radiothérapie)

NON OUI

Avez-vous déjà eu un cancer de la peau ?

NON OUI

Antécédents de chéloïdes

NON OUI

Prise d'isotrétinoïne au cours des 12 derniers mois

NON OUI

Antécédents médicaux de maladies du type du phénomène de Koeber (vitiligo, psoriasis)

NON OUI

Allergies connues ?

NON OUI

Des tatouages et/ou des lésions pigmentées sur la zone à traiter qui devraient être protégés ?

NON OUI

Liste des médicaments pris actuellement

Troubles hormonaux ou endocriniens (SOPK ou diabète non contrôlé ?)

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Procédures antérieures d'épilation sur la zone à traiter (autres traitement à la lumière intense pulsée/au laser, à la cire, par électrolyse, etc.)

NON OUI

Si oui, quoi et quand ? : _____

Modification observée (couleur, taille, texture et bord) sur la lésion à traiter ?

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Des poils sur la zone à traiter qui ne doivent pas être retirés ?

NON OUI

Âge d'apparition de la lésion ? _____

Procédures antérieures sur la peau de la zone que l'on va traiter (Botox, implants, peeling, etc.)

NON OUI

Si oui, quoi et quand ? : _____

Prise d'aspirine ou d'anticoagulants ?

NON OUI

Si oui, précisez : _____

Tendance aux ecchymoses ?

NON OUI

Jambes gonflées ou douloureuses après une longue période debout/assise ?

NON OUI

Chirurgie veineuse préalable sur la zone à traiter (sclérothérapie, décapage, etc.)

NON OUI

Si oui, quoi et quand ? : _____

Nom du patient
(veuillez écrire lisiblement)

Signature du patient

Date

Nom du témoin
(veuillez écrire lisiblement)

Signature du témoin

Date