

Nom du patient _____

Zones de traitement _____

J'autorise par la présente _____ à effectuer le traitement.

Le laser Gentle Max Pro est un appareil double longueur d'onde (755 nm et 1064 nm) utilisé entre autre pour l'épilation. Le faisceau laser émis de ce dispositif est absorbé par la mélanine de la tige pileaire et du bulbe, ce qui permet de chauffer sélectivement les structures primaires du poil.

Je suis conscient(e) que les résultats cliniques peuvent être différents selon les facteurs individuels, comprenant mais pas limités aux antécédents médicaux, au type de peau, au respect des instructions pré/post traitement par le patient, et à la réponse individuelle au traitement.

Je suis conscient(e) qu'il existe une possibilité d'effets secondaires de petite durée tels que des rougeurs, légères brûlures, hématomes et décolorations de la peau temporaires, ainsi qu'une possibilité d'effets secondaires rares tels qu'une hyperpilosité paradoxale, une stimulation, des cicatrices ou une décoloration permanente. J'ai été totalement informé(e) de ces effets secondaires _____ (parafe du patient).

Je m'engage à suivre les instructions de soin pré et post traitement que vous me prescrirez. Je respecte le délai de non exposition au soleil avant traitement et après traitement. Je comprends que le non-respect de ce délai pourrait augmenter le risque de complication. Des soins inappropriés sur la zone traitée peuvent augmenter les risques d'apparition de cicatrices ou de changement de texture

Je suis conscient(e) qu'un traitement avec le Gentle Max pro inclut une série de traitement et les tarifs des séances m'ont été complètement expliqués _____ (parafe du patient).

Je certifie avoir été complètement informé(e) de la nature et du but de la procédure, des résultats attendus et des complications possibles, et je suis conscient(e) qu'aucune garantie ne peut m'être donnée en ce qui concerne le résultat final. Je suis pleinement conscient(e) que ma motivation est d'ordre esthétique et que ma décision de suivre la procédure est uniquement basée sur ma volonté.

Je confirme avoir informé le personnel de tous : maladie, état médical, ou médication actuels ou passés.

Je consens à la prise de photographies et autorise leur utilisation anonyme dans un but d'audit médical, de formation et promotion.

Je certifie avoir eu l'occasion de poser des questions et j'ai complètement lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement.

Date _____

Signature (à faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :

Informations personnelles			
Nom		Tél. fixe	
Adresse		Tél. travail/portable	
Ville		Département/Région	
Code postal		Date de naissance	
Mail		Sexe	Homme/Femme

Évaluation du type de peau			
Type de peau Fitzpatrick	I II III IV V VI	Ethnicité	
Date de la dernière exposition aux UV (soleil ou cabine de bronzage)			
Bronzage naturel ?	Oui/Non	Crème auto-bronzante ?	Oui/Non

Antécédents médicaux			
Pacemaker/défibrillateur		Injections/comblement	
Implants métalliques		Tatouage/maquillage permanent	
Cancer de la peau ou antécédent/autres cancer/grains de beauté pré-malins		Resurfaçage du visage au laser/peeling chimique profond au cours des trois derniers mois	
Troubles médicaux (ex : problèmes cardiaques)		Prise de médicaments/ plantes photo sensibilisants	
Grossesse et allaitement		Inflammation de la peau sur la zone de traitement (ex : psoriasis, eczéma)	
Système immunitaire déficient		Peau bronzée	
Maladies stimulées par la lumière (Ex : Lupus, Porphyrie, Épilepsie)		Épilation électrique, à la cire ou la pince à épiler au cours des six dernières semaines	
Maladies stimulées par la chaleur (Ex : Herpès Simplex)		Troubles cutanés (ex : chéloïdes, troubles de la cicatrisation)	
Troubles endocriniens (ex : diabète, SOPK)		Opération chirurgicale au cours des trois derniers mois	
Liste de tous les médicaments pris			
Liste de toutes les allergies			
Détail de tout état médical			
Autre remarque			