

Traitement Épilation

Consentement éclairé

Nom du patient _____

Zone(s) de traitement _____

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

Le laser GentleMax Pro Plus est un appareil double longueur d'onde (755 nm et 1064 nm) utilisé entre autres pour l'épilation. Le faisceau laser émis par ce dispositif est absorbé par la mélanine de la tige pilaire et du bulbe, permettant de chauffer sélectivement et détruire les structures primaires du poil.

Je suis conscient(e) que les résultats cliniques peuvent différer en fonction de facteurs physiologiques individuels, comprenant mais sans être limitatifs les antécédents médicaux, le type de peau, le respect des instructions pré/post traitement par le patient, et la réponse individuelle au traitement.

Je suis conscient(e) qu'il existe une possibilité d'effets secondaires de courte 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 pilaire, des cicatrices ou une décoloration permanente. J'ai été totalement informé(e) de ces effets secondaires _____ (paraphe du patient).

Je m'engage à suivre les instructions de soin pré et post traitement que vous me prescrivez. 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 GentleMax Pro Plus inclut plusieurs séances, dont les tarifs m'ont été complètement expliqués _____ (paraphe 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 les éléments susceptibles d'interagir avec le traitement : maladie, état médical, 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 ») :

Traitement Épilation

Formulaire d'admission des patients

Informations personnelles

Nom	_____	Tél. fixe	_____
Prénom	_____	Tél. mobile	_____
Adresse	_____	Email	_____
Ville	_____	Date de naissance	_____
Code postal	_____	Genre	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Évaluation du type de peau

Type de peau Fitzpatrick	I II III IV V VI	Ethnicité	_____
Bronzage naturel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Crème auto-bronzante ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la dernière exposition aux UV (soleil ou cabine de bronzing) _____			

Antécédents médicaux

<input type="checkbox"/> Pacemaker/défibrillateur	<input type="checkbox"/> Injections/comblement
<input type="checkbox"/> Implants métalliques	<input type="checkbox"/> Tatouage/maquillage permanent
<input type="checkbox"/> Grossesse et/ou allaitement	<input type="checkbox"/> Peau bronzée
<input type="checkbox"/> Système immunitaire déficient	<input type="checkbox"/> Opération chirurgicale au cours des 3 derniers mois
<input type="checkbox"/> Cancer de la peau ou antécédent/autres cancers/grains de beauté pré-malins	<input type="checkbox"/> Resurfaçage au laser/peeling chimique profond au cours des 3 derniers mois
<input type="checkbox"/> Inflammation de la peau sur la zone de traitement (ex : psoriasis, eczéma)	<input type="checkbox"/> Prise de médicament photosensibilisant/plantes photosensibilisantes
<input type="checkbox"/> Maladies stimulées par la lumière (ex : lupus, porphyrie, épilepsie)	<input type="checkbox"/> Troubles cutanés (ex : chéloïdes, troubles de la cicatrisation)
<input type="checkbox"/> Maladies stimulées par la chaleur (ex : herpès simplex)	<input type="checkbox"/> Troubles médicaux (ex : problèmes cardiaques)
<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens (ex : diabète, SOPK)	<input type="checkbox"/> Épilation électrique, à la cire ou à la pince à épiler au cours des 6 dernières semaines

Liste de tous les médicaments pris _____

Liste de toutes les allergies _____

Détail de tout état médical _____

Autre remarque _____

Épilation

Contre-indications au traitement

La signature en page 1/3 de ce document vaut pour prise en compte sur les contre-indications de cette page 3/3.

Ci-dessous, une liste de précautions et de contre-indications à prendre en compte avant de traiter le patient :

- Pacemaker ou défibrillateur interne
- Pièces de métal superficielles ou autres implants sur la zone de traitement
- Cancer de la peau ou n'importe quel autre type de cancer en cours ou grain de beauté précancéreux
- Antécédent de tous types de cancer*
- Maladies concomitantes sévères, telles que les problèmes cardiaques
- Grossesse et allaitement
- Système immunitaire affaibli à cause de maladies immunsuppressives telles que le SIDA ou le VIH, ou prise de médicaments immunsupresseurs*
- Maladies pouvant être stimulées par la lumière et les longueurs d'onde utilisées, telles que des antécédents de lupus érythémateux disséminé, porphyrie ou épilepsie*
- Les patients avec des antécédents de maladies stimulées par la chaleur, telles qu'un herpès simplex récurrent sur la zone de traitement, ne peuvent être traités qu'en suivant un traitement prophylactique
- Troubles endocriniens mal contrôlés, tels que le diabète ou SOPK pour l'épilation
- Toute maladie active sur la zone de traitement, tels que les irritations, le psoriasis, l'eczéma, les rougeurs
- Antécédents de troubles cutanés, chéloïdes, cicatrisation anormale, ainsi qu'une peau extrêmement sèche et fragile
- Antécédents de coagulopathie, ou prise d'anticoagulants : risque d'hématomes
- Prise de médicaments, plantes, compléments alimentaires et vitamines connus pour provoquer une photosensibilité à la lumière utilisée aux longueurs d'onde délivrées lors du traitement, tels que l'Isotrétinoïne (Accutane) au cours des 6 mois précédents, la Tétracycline, ou le millepertuis perforé au cours des 2 semaines précédentes*
- Resurfaçage cutané au laser et peeling chimique profond au cours des 3 mois précédents si le visage est traité
- Épilation à la pince à épiler, à la cire ou épilation électrique dans les 6 dernières semaines
- Tatouage ou maquillage permanent sur la zone de traitement
- Peau excessivement bronzée par le soleil, les UV ou crèmes auto-bronzantes au cours des 2 semaines précédentes :
 - Alexandrite : Pas de bronzage et pas d'exposition au soleil 1 mois avant et 1 mois après le traitement
 - Nd:YAG : Pas de bronzage actif et pas d'exposition au soleil 15 jours avant et 15 jours après le traitement

Des cloques et une hyper/hypo pigmentation peuvent survenir.

- Injections de Botox les 2 semaines précédentes et injection de comblements naturels (ex : acide hyaluronique, collagène) les 6 semaines précédentes
- Ne pas traiter sur des zones ayant reçu des injections de comblement synthétiques (ex : silicone)
- À la discréction du médecin, ne traitez aucun état qui pourrait engendrer un risque pour le patient

(*) Les états indiqués peuvent être traités à la discréction et sous la responsabilité totale du directeur médical/ médecin, bien que ce ne soit pas recommandé. Dans ce cas, une petite zone doit être traitée et évaluée après quelques jours fin de déterminer si le patient pourra tolérer le traitement sans développer d'effets secondaires.