

# Traitement Vasculaire

## 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 doté de la longueur d'onde 1064 nm permettant de traiter les lésions vasculaires superficielles telles que les télangiectasies, les varicosités, les taches rubis, les angiomes stellaires et les lacs veineux. Le faisceau laser émis par ce dispositif est absorbé spécifiquement par l'hémoglobine présente dans les vaisseaux, provoquant la coagulation de ces derniers.

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 que 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 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 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 Vasculaire

## Formulaire d'admission des patients

### Informations personnelles

Nom \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Tél. mobile \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Genre  Homme  Femme

### Évaluation du type de peau

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

### Antécédents médicaux

Pacemaker/défibrillateur  Injections/comblement  
 Implants métalliques  Pathologie saphène  
 Grossesse et/ou allaitement  Peau bronzée  
 Système immunitaire déficient  Opération chirurgicale au cours des 3 derniers mois  
 Cancer de la peau ou antécédent/autres cancers/grains de beauté pré-malins  Resurfaçage au laser/peeling chimique profond au cours des 3 derniers mois  
 Inflammation de la peau sur la zone de traitement (ex : psoriasis, eczéma)  Prise de médicament photosensibilisant/plantes photosensibilisantes  
 Maladies stimulées par la lumière (ex : lupus, porphyrie, épilepsie)  Troubles cutanés (ex : chéloïdes, troubles de la cicatrisation)  
 Maladies stimulées par la chaleur (ex : herpès simplex)  Troubles médicaux (ex : problèmes cardiaques)  
 Troubles endocriniens (ex : diabète, SOPK)  Tatouage/maquillage permanent  
 Antécédents de troubles hémorragiques/prise d'anticoagulants  
Liste de tous les médicaments pris \_\_\_\_\_  
Liste de toutes les allergies \_\_\_\_\_  
Détail de tout état médical \_\_\_\_\_  
Autre remarque \_\_\_\_\_

## Lésions vasculaires

### Contre-indications au traitement Nd:YAG

*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 type de cancer\*
- Maladies concomitantes sévères, telles que les problèmes cardiaques
- Grossesse
- Système immunitaire affaibli à cause de maladies immunosuppressives telles que le SIDA ou le VIH, ou prise de médicaments immunosuppresseurs\*
- 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
- 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
- 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
- Tatouage ou maquillage permanent sur la zone de traitement
- Peau bronzée par le soleil ou des UV et/ou qui a été exposée moins d'1 mois avant le traitement
- Des cloques et une hyper/hypo pigmentation peuvent survenir. Laisser le bronzage disparaître avant de traiter.
- Ne pas traiter un patient prévoyant de s'exposer au soleil au cours du mois suivant le traitement
- Crèmes auto-bronzantes au cours des 2 semaines précédentes
- Phototype V et VI car risque d'hyper/hypo pigmentation
- Ne pas mettre d'anesthésiant local topique sur la zone de traitement (ex : EMLA) car risque de vasoconstriction des vaisseaux et donc perte de cible vasculaire
- Injections de Botox les 2 semaines précédentes et injections de comblement 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 discrétion du médecin, ne traitez aucun état qui pourrait engendrer un risque pour le patient

(\*) Les états indiqués peuvent être traités à la discrétion 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 afin de déterminer si le patient pourra tolérer le traitement sans développer d'effets secondaires.