

### Effets observés

MEDISOL est une procédure médicale ou cosmétique non-invasive, utilisant la technologie LED (diode électroluminescente) permettant de traiter une variété d'indications. Ce traitement est doux et naturel, similaire au processus de photosynthèse, aussi appelé photobiomodulation. Ce système utilise la lumière visible rouge, bleu et jaune, ainsi que la lumière infrarouge. Cela permet de stimuler le métabolisme de votre corps au niveau cellulaire :

- Favoriser la production de collagène et d'élastine
- Améliorer la perméabilité cellulaire
- Favoriser l'élimination du fluide en excès et des déchets des cellules
- Favoriser le drainage lymphatique
- Améliorer la vascularisation (circulation sanguine) à la surface de la peau

### Contre-indications

Présentez-vous une des caractéristiques suivantes ?

- ☐ Porphyrie cutanée
- ☐ Lupus érythémateux
- ☐ Problèmes thyroïdiens
- ☐ Photophobie
- ☐ Eczéma exogène
- ☐ Epilepsie et crises
- ☐ Cancer de la peau non superficiel
- ☐ Hypomélanisme (albinisme)
- ☐ Maladie de l'oeil/anomalies de la rétine
- ☐ Asthme (avec traitement médicamenteux quotidien)
- ☐ Problème cardiaque/pace maker
- ☐ Prise d'anticoagulants

Si vous avez **COCHÉ** à une seule de ces caractéristiques, alors vous ne présentez pas les bonnes indications pour un traitement de MEDISOL. Votre médecin déterminera avec vous une solution de traitement plus adapté. Pour la thyroïde, la LED MEDISOL peut être pratiquée sur le visage mais ne peut pas être pratiquée sur le cou.

Veuillez noter que les personnes prenant de l'aspirine et/ou des médicaments ou produits anti-inflammatoires ont besoin de plus de traitements pour atteindre les résultats désirés.

Prenez-vous :

- ☐ Des produits contenant de l'Aspirine
- ☐ Des médicaments anti-inflammatoires
- ☐ Des médicaments pour les maux de tête ou la migraine

Si vous avez **COCHÉ** à l'une des questions ci-dessus, merci de préciser :

- ☐ Amiodarone (Pacerone® Cordarone® Aratac®)

- ☐ Chlorpromazine (Thorazine®, Chloramead®, Chlordryprom®, Chlor® Promanyl, Largactil®, Promapar®, Promosol®, Terpium®, Sonazine®)
- ☐ Isotrétinoïne orale (Accutane®, Accure®, Aknenormin®, Amnesteem®, Ciscutan®, Claravis®, Isohexal®, Isotroin®, Oratane®, Sotret®, Roaccutane®)
- ☐ Tétracycline (Helidac®, Terra-Cortril®, Terramycin®, Sumycin®, Actisite®, Bristacycline®, Actisite®, Tetrex®, Doxycycline®, Ciprofloxacin®)
- ☐ Trifluopérazine (Stelazine®, Clnazine®, Novoflurazine®, Pentazine®, Solazine®, Terfluzine®, Triflurin®, Tripazine®)
- ☐ Halopéridol (Haldol®)
- ☐ Griséofulvine (Grifulvin®)
- ☐ Norfloxacin (Noroxin®, Quinabic®, Janacin®)
- ☐ Isotrétinoïne topique (Isotrex®, Isotrexin®)
- ☐ Ofloxacin (Floxin®, Oxaldin®, Tarivid®)
- ☐ Acide nalidixique (NegGam®, Wintomylon®)
- ☐ Autres : .....

Les médicaments cités-ci dessous ont été reconnus pour avoir causé une photosensibilité et il est recommandé que vous suspendiez la prise de ces médicaments pendant 5 à 7 jours avant d'être soumis à un traitement LED. Veuillez consulter votre docteur avant de cesser les médicaments qui vous ont été prescrits.

Suivez-vous un traitement avec l'un de ces médicaments :

- ☐ Ciprofloxacin (Cipro®, Ciproxin®, Ciprobay®)
- ☐ Minocycline (Minomycin®, Minocin®, Arestin®, Akamin®, Aknemin®, Solodyn®, Dynacin®, Sebomin®)
- ☐ Oxytétracycline
- ☐ Déméclocycline
- ☐ Lymécycline
- ☐ Méthotrexate (MTX®, Aminopterin®, Ledertrexate®)
- ☐ Auranofine (Ridaura®) - Si vous prenez ce médicament, vous n'êtes pas un candidat pour la luminothérapie.
- ☐ Aucune

### Conditions de traitement

En remplissant ce formulaire et en le datant au bas de la page vous acceptez les conditions suivantes:

#### Risques et effets secondaires:

Ces traitements sont non invasifs et indolores. Bien que rares, des effets secondaires peuvent apparaître post-traitement, notamment si vous présentez une sensibilité à la lumière. Si vous rencontrez un effet indésirable, contactez votre médecin : rougeur prolongée de la peau, gonflement, démangeaisons, maux de tête sévères. Si ces effets se produisent durant le traitement, prévenez votre médecin pour stopper la séance en cours. Il s'agit des indications de la sensibilité à la lumière dans le cas où vous voudriez arrêter le traitement immédiatement.

Ces effets secondaires se produisent rarement et cessent généralement dans les 24 heures suivant l'arrêt du traitement.

Je comprends et j'accepte que le traitement puisse impliquer certains risques et des effets secondaires. J'assume librement le choix de cette solution de traitement non-invasif. Je consens et j'autorise le Docteur et son personnel à pratiquer des traitements MEDISOL sur moi.

#### Instructions Pre/Post Traitement:

Dans le but de maximiser les résultats de votre traitement, vous devez boire beaucoup d'eau avant et après toutes les séances, avoir des habitudes alimentaires saines, limiter les bains de soleil, la consommation d'alcool et de tabac pendant votre plan de traitement de luminothérapie et durant les 6 semaines suivant votre traitement. La plupart des patients vont continuer à constater une amélioration visible de leur peau lors de la période de traitement de 12 semaines, même après que les premières séances LED MEDISOL se soient achevées. Comme avec n'importe quel traitement de médecine esthétique, les résultats cliniques vont varier d'une personne à une autre et aucune garantie ne peut être faite concernant les résultats. J'accepte d'adhérer à toutes les précautions de sécurité et réglementations pendant le traitement. Aucun remboursement ne sera donné pour des traitements reçus.

J'ai lu et compris les Instructions Pre et Post-traitement. J'accepte de suivre attentivement ces instructions.

Je comprends que le respect des directives pré et post-traitement recommandées est essentiel pour que le traitement soit efficace.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et je consens aux termes de cet accord. J'ai lu les informations ci-dessus, et je donne mon consentement pour être traité avec la procédure LED MEDISOL par le personnel désigné du Dr. ....

Nom :

Date :

Signature :

**DROIT D'AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE**

Je soussigné(e) ..... autorise le Dr GOURHANNIC à prendre des photographies sur lesquelles j'apparaîtrai afin de vérifier le résultat réel et visible du traitement.

**Les conditions de prise de vue sont les suivantes :**

- le modèle ne doit pas être reconnaissable. Si le visage est photographié les yeux seront cachés sur le cliché ;
- la photographie ne doit pas porter atteinte au modèle ;
- la photographie ne doit pas faire paraître un élément reconnaissable du modèle (ex : tatouage) ;
- la photographie doit être prise sur la zone traitée.

**Les modes de diffusion sont les suivants :**

Le modèle (qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur son image) autorise le médecin à faire usage des photographies pour les utilisations visées ci-dessous. En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le modèle devra rayer la mention concernée. Il est informé qu'en ne refusant aucune autorisation, sa photographie pourra être utilisée sur tous les supports indiqués ci-dessous :

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| - études cliniques       | - publications réseaux sociaux |
| - présentations internes | - expositions                  |
| - présentations externes | - publicités                   |

**Durée de l'autorisation :**

La présente autorisation est accordée pour une durée indéterminée à compter de sa signature.

**Engagement du médecin :**

Le médecin s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ou tout autre exploitation préjudiciable. Il tiendra à disposition du modèle un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande.

Fait à ..... Le .....

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé ».