

Consentement éclairé lésions vasculaires superficielles

Nom :

Prénom:

Sexe:

Date de naissance:

Tel :

Adresse:

CP:

Ville:

Le laser Gentle Max Pro 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 de ce dispositif est absorbé spécifiquement par l'hémoglobine présente dans les vaisseaux, provoquant la coagulation de ces derniers. Le but étant d'enlever ces lésions vasculaires. Je comprends que le protocole complet peut nécessiter plusieurs séances. Je reconnais que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et qu'aucune garantie de résultat ne m'a été donnée concernant la procédure désignée.

Mes yeux seront couverts avec une protection spécifique ou un dispositif opaque afin de les protéger de la lumière intense. Je ne tenterai pas de les enlever durant le traitement.

D'autres méthodes de traitement pour cette indication m'ont été exposées de façon à ce que je puisse évaluer les bénéfices et les risques inhérents à chaque méthode.

Le traitement laser peut être ressenti comme une légère piqure d'aiguille ou une sensation de chaleur qui durera quelques heures.

J'ai été informé des risques et complications suivants pouvant survenir suite à la procédure de traitement :

- Purpura (traces bleues/ noires)
- Hypopigmentation (taches claires)
- Hyperpigmentation (taches foncées)
- Rougeurs, gonflements, bleus, cloques, changements de texture, cicatrices...

Généralement, lorsque ces effets secondaires se manifestent, ils sont temporaires et se résorbent en quelques jours, semaines, voire mois, mais pourraient être permanents. J'ai bien compris qu'un effacement complet peut ne pas être possible ou peut nécessiter plusieurs traitements pour des résultats optimaux. L'inconfort peut être réduit par l'application de compresses froides ou d'agents topiques apaisants.

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, datant d'au moins un mois avant traitement et un mois 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.

J'accepte la prise de photos durant le traitement laser pour le suivi du traitement.

Le traitement laser nécessite de respecter quelques contre-indications :

Possédez-vous un implant électrique ou métallique comme un pacemaker ou un défibrillateur ?

Non Oui (Si oui, vous ne pourrez pas suivre un traitement)

Utilisez-vous des préparations vitaminées ? ou des compléments alimentaires ?

Non Oui (Attention vitamines A et K photo sensibilisantes, l'œnobiol solaire également)

Vous exposez-vous souvent au soleil, solarium, ou utilisez-vous des produits bronzants et/ou autobronzants ?

Non Oui (Si oui, vous devez attendre 1 mois minimum avant une séance)

Etes-vous enceinte ? ou allaitez-vous ?

Non Oui

Avez-vous un tatouage sur la zone de traitement ?

Non Oui (Si oui, le traitement ne pourra être réalisé qu'à 1,5 cm autour de ce tatouage)

Prenez-vous des anticoagulants ?

Non Oui

Prenez-vous d'autres médicaments ? Si oui lesquels ?

.....
.....
.....

Je confirme que j'ai informé le personnel de toute condition médicale en cours ou passé, de maladie ou de prise de médicament.

Je reconnais avoir eu la possibilité de vous poser toutes les questions concernant cette procédure, et que j'ai pris note, outre des risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée des effets. Je déclare avoir répondu complètement et honnêtement à toutes les questions et déclare signaler les changements éventuels lors de séances ultérieures. Je déclare avoir lu et compris les conditions du traitement et déclare me tenir à ces conditions. Je désire suivre le traitement laser de mon plein gré et sous ma pleine et entière responsabilité.

J'autorise le Dr. _____ à réaliser le traitement vasculaire.

A _____, le _____

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