



CABINET MÉDICAL ET ESTHÉTIQUE
MÉDECINE GÉNÉRALE
MÉDECINE MORPHOLOGIQUE ET ANTI-ÂGE
33, RUE DE LA PREFECTURE
88000 EPINAL
N°RPPS : 10002393808

Consultations sur rendez-vous
TEL : 03 29 82 39 53

Consentement éclairé IPL:

Nom :

Prénom :

Sexe:

Date de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Questionnaire médical :

1. Avez-vous des allergies à certains traitements médicamenteux ?

2. Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Traitement :

Zone de traitement :

Technique utilisée :

La technologie employée dans le traitement proposé m'a été expliquée en détail par le médecin, lors d'une consultation préalable, afin que je sois capable de comprendre la nature, les caractéristiques et limites de la procédure. J'ai été clairement informé de l'ensemble des risques et conséquences, ainsi que des éventuels effets secondaires et / ou indésirables découlant du traitement susmentionné, dont je suis conscient et que j'accepte.

J'assume par la présente, chacun des risques et complications éventuels pouvant survenir à la suite du traitement, en exonérant le médecin et le cabinet de toute responsabilité pour tout préjudice ou dommages éventuels pouvant survenir, même s'ils ne sont que moraux.

J'ai également reçu une explication détaillée de l'ensemble des soins sous ma responsabilité pendant le traitement, de manière à pouvoir obtenir le résultat souhaité et éviter les effets secondaires ou indésirables.

J'ai eu amplement l'occasion d'éclaircir tous mes doutes, car ils ont tous reçu une réponse satisfaisante. Mes points suivants ont été particulièrement explicités :

- L'état préalable de la peau et ses caractéristiques sont importants pour la recommandation et l'exécution du traitement. Par conséquent, les informations que j'ai reçues étaient suffisantes pour que je prenne la décision de procéder au traitement à ce moment.
- Je suis conscient que les résultats varient selon les patients. Un fait lié au phototype et aux caractéristiques de la peau, à l'état recherché via le traitement, aux facteurs hormonaux et génétiques voire aux caractéristiques anatomopathologiques de la zone ou de la lésion à traiter.
- J'ai été correctement évalué lors d'une visite préalable de consultation et d'explication et j'ai été averti des contre-indications de ce traitement. Je comprends tout à fait que le traitement ne doit pas être réalisé si les cas suivants se présentent : plaies ouvertes non diagnostiquées ; allergie à la lumière du soleil ; traitement d'anticoagulants ; lésions malignes ; grossesse ; diabète ; dérèglements hormonaux ; antécédents de chéloïdes ; antécédents de coagulopathie ; maladie immunosuppressive ; vitiligo ; eczéma et psoriasis sur la zone à traiter ; ainsi que processus infectieux actifs.
- La procédure peut provoquer : une sensation de brûlure sur la zone ou la lésion ; un gonflement ; un érythème ; des pétéchies et une ecchymose.
- Je suis conscient qu'après chaque séance, ainsi que pendant les intervalles entre chacune d'entre elles, je dois suivre à la lettre toutes les recommandations médicales que j'aurai reçues.
- Le traitement comprend plusieurs séances séparées par des intervalles de temps.

Je suis conscient que ne peux pas recevoir de garanties absolues concernant les résultats même si j'ai été clairement et correctement informé des résultats attendus de la procédure. Je comprends que le traitement d'une zone donnée nécessite plusieurs séances pour être accompli ou pour atteindre les résultats prévus. Je comprends également tous les coûts induits dans de telles circonstances de traitement. Ces coûts m'ont été expliqués au préalable et je les accepte.

Je m'engage à informer immédiatement le médecin de toute anomalie, différente ou changement concernant ce qui m'a été expliqué au préalable.

Je déclare ne pas être enceinte et ne montre pas de signe pouvant indiquer une grossesse, un état dans lequel le traitement n'est pas recommandé.

Je m'engage à suivre scrupuleusement les consignes qui m'ont été donné et d'honoré mes rendez-vous afin d'obtenir un résultat optimal.

Je déclare que toutes les informations concernant le traitement ont été transmises et expliquées, en se basant sur les déclarations mentionnées ci-dessus, par le médecin responsable et j'ai clairement et précisément fourni toutes les informations qui m'ont été demandées.

Je déclare que j'ai lu et entièrement compris ce formulaire de consentement, et que je n'ai aucun doute. Par conséquent, j'autorise par la présente la mise en œuvre de la procédure susmentionnée acquise précédemment.

Je soussigné(e) _____, autorise par la présente le Docteur **Olivier Bourrel**, ainsi que les autres professionnels autorisés par le médecin susmentionné à pratiquer la technique de l'IPL.

A _____ le _____

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

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

