

1. Consentement éclairé au Laser ORIGIN

Le dispositif médical ORIGIN est un système laser ER : Glass fractionné à fibre optique, dopée à l'erbium, émettant un rayonnement dont la longueur d'onde est de 1550 nm. Le principe de fonctionnement du laser ORIGIN est de créer des micro-puits de 70 µm de diamètre, de coagulation par photothermolyse, de densité et de profondeur variables selon l'effet thérapeutique recherché. Les intervalles de peau saine activent ensuite le processus de cicatrisation et donc le renouvellement cellulaire.

La longueur d'onde 1550 nm permet une meilleure pénétration tissulaire en raison d'un coefficient d'absorption de l'eau plus faible qu'avec un laser CO2 ou Er : YAG. Le laser ORIGIN est donc non ablatif, moins douloureux et réduit la période d'éviction socioprofessionnelle.

Seules 20% des cellules du derme et de l'épiderme de la zone traitée vont être impactées par les tirs, laissant ainsi 80% de cellules intactes, ce qui limite largement le temps de récupération ainsi que les risques d'effets secondaires.

Comme pour la plupart des techniques, les résultats varient d'un individu à l'autre.

EFFETS OBSERVÉS

-> Le tir laser peut provoquer des sensations de tiraillement et de picotement, ainsi qu'une sensation de forte chaleur sur la zone traitée. Ces sensations peuvent être réduites avec l'application d'un anesthésique local.

-> La zone traitée peut présenter un érythème à la suite du traitement. Un œdème, en particulier sur les zones de peau fine, peut être observé. Ces réactions sont normales et disparaissent généralement quelques jours après le traitement.

-> Dans de rares cas, vous pouvez observer un aspect rugueux et légèrement coloré de la zone traitée pendant une durée de 3 à 5 jours en moyenne, suivi d'une sécheresse cutanée associée à un degré variable de sensibilité cutanée. La peau se met ensuite à desquamer et retrouve une couleur plus claire ainsi qu'un aspect plus lisse. Ces effets dépendent de l'indication et de la zone traitée.

-> Les zones périorbitales et péribuccales, plus fragiles, peuvent présenter une réaction plus marquée (une poussée d'Herpès par exemple) que le reste du corps.

-> Les effets diffèrent selon les patients et les paramètres de traitement, et une apparition tardive des effets mentionnés précédemment peut être observée. Contactez votre médecin immédiatement si des effets secondaires non mentionnés apparaissent ou si les symptômes persistent.

-> Dans des cas extrêmes, des malaises vagues peuvent être observés chez certains patients ainsi que des brûlures et une coloration brune de la peau.

-> Les résultats varient d'un patient à l'autre, en fonction de l'indication prise en charge et de la zone traitée. Le nombre de séances peut varier de 1 à 8 avec un intervalle de 2 à 6 semaines entre les séances.

-> Il est possible d'effectuer plusieurs séances jusqu'à obtention du résultat souhaité.

J'ai pris connaissance de ces effets secondaires et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître.

Nom :

Signature :

Date :

PRÉSENTEZ-VOUS UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

Merci d'entourer la réponse. Contre-indications formelles :

Si une des réponses entourées est « OUI », vous ne pourrez pas être traité(e) :

Femme enceinte	Oui / Non
Pathologies avec troubles de la cicatrisation (maladie du tissu conjonctif, diabète non équilibré, prise de rétinoïdes, pathomimie)	Oui / Non
Lésions cancéreuses ou précancéreuses	Oui / Non
Infections cutanées au niveau de la zone à traiter (plaies ou cicatrices récentes)	Oui / Non
Photosensibilité	Oui / Non
Prise d'anticoagulants	Oui / Non
Prise de capsule d'isorétinoïne au cours des 6 derniers mois	Oui / Non
Antécédents d'allergies aux anesthésiques locaux	Oui / Non
Traitement antibiotique ou autres traitements médicaux en cours	Oui / Non
Apparition d'herpès simplex au cours du dernier mois	Oui / Non
Présence de marques bronzage (Exposition au soleil au cours du dernier mois)	Oui / Non

J'ai pris connaissance des risques et des effets secondaires existants.

J'ai lu les informations ci-dessus et je consens à être traité avec le Laser ORIGIN par le Docteur et son assistant(e).

Nom :

Signature :

Date :