

TRAITEMENT CUTANÉ AU LASER GENESIS

Par la présente, j'autorise le Docteur _____, à pratiquer sur moi un traitement cutané non ablatif au laser Genesis. Je comprends que cette intervention a pour but de donner à ma peau un aspect plus sain et plus brillant en provoquant une réponse thermique dans le derme de façon à stimuler la production de collagène. Je comprends que plusieurs séances soient nécessaires et qu'il est possible que le résultat soit minime ou qu'aucune amélioration ne soit constatée.

Je reconnais l'existence des effets/risques possibles suivants :

- GÊNE – Une légère sensation de chaleur peut être ressentie pendant le traitement.
- ROUGEUR/ECCHYMOSE/HÉMATOME – Une rougeur (érythème) ou une ecchymose (œdème) de courte durée de la zone traitée est courante et peut se produire. Des hématomes peuvent aussi apparaître.
- CHANGEMENTS DE LA PIGMENTATION – Au cours du processus de cicatrisation, il est possible que la zone traitée devienne plus claire (hypopigmentation) ou plus foncée (hyperpigmentation) que la peau environnante. Ce phénomène est généralement temporaire mais il peut, dans de rares cas, être irréversible.
- DÉMANGEAISON/PEAU SÈCHE – Le traitement peut donner lieu à des démangeaisons et/ou un assèchement de la peau.
- ÉRUPTION CUTANÉE ROUGE/BOURSOULFURES – Une éruption cutanée ou des boursouffures peuvent apparaître après le traitement. Elles disparaissent avec le temps.
- PLAIES – Le traitement peut entraîner des brûlures, des vésications ou des saignements sur la zone traitée. Dans ce cas, veuillez appeler notre cabinet.
- INFECTION – Bien qu'une prise en charge appropriée des plaies devrait permettre d'éviter les infections, celles-ci sont possibles chaque fois que la surface de la peau est altérée. En cas de signes d'infection, comme des douleurs, une sensation de chaleur ou une rougeur diffuse, veuillez appeler notre cabinet au __ (numéro de téléphone) _____.
- CICATRICES – La formation de cicatrices se produit rarement, mais doit toujours être envisagée si la surface de la peau est altérée. Pour réduire le risque d'apparition de cicatrices, il est IMPÉRATIF que vous suiviez à la lettre toutes les instructions post-traitement qui vous seront données.
- EXPOSITION AU SOLEIL/LAMPES À UV/BRONZAGE ARTIFICIEL – Susceptibles d'augmenter les risques d'effets secondaires et d'événements indésirables.
- EXPOSITION DES YEUX – Des lunettes de protection (écrans) vous seront fournies pendant le traitement. Des lésions oculaires graves et permanentes peuvent survenir si les yeux ne sont pas protégés pendant toute la durée du traitement.

Je reconnais que les points suivants ont été abordés :

- Avantages potentiels de l'intervention proposée, y compris la possibilité que l'intervention puisse être sans effet
- Autres traitements, comme les médicaments topiques, la microdermabrasion ou la chirurgie
- Conséquences que l'on peut raisonnablement prévoir si l'intervention n'est pas pratiquée
- Complications/risques possibles associés à l'intervention proposée et période de cicatrisation qui s'ensuit

Pour les femmes en âge de procréer : En apposant ma signature ci-dessous, je confirme que je ne suis pas enceinte et que je n'ai pas l'intention de tomber enceinte au cours du traitement. En outre, j'accepte d'informer le Docteur _____ et son équipe en cas de grossesse éventuelle pendant la durée du traitement.

Des clichés photographiques de référence seront réalisés. Par la présente, j'autorise ___ je n'autorise pas ___ l'utilisation de mes clichés photographiques à des fins pédagogiques.

CONFIRMATION

EN APPOSANT MA SIGNATURE CI-DESSOUS, JE RECONNAIS AVOIR LU ET COMPRIS L'ENSEMBLE DU CONTENU DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU TRAITEMENT AU LASER GENESIS, ET AVOIR REÇU DES RÉPONSES SATISFAISANTES À TOUTES MES QUESTIONS.

Signature-Patient ou tuteur

Nom (en caractères d'imprimerie)/lien avec le patient

Date

Signature-Témoin

Nom (en caractères d'imprimerie)

Date