



I N M O D E

**CONSENTEMENT INFORMÉ
– DIOLAZE/DIOLAZEXL ÉPILATION AU LASER**

Information Personnelle:

Nom:	Prénom :
Numéro d'identification:	Date de naissance :
Adresse:	Courriel:
	Téléphone mobile :

Questionnaire de Santé:

Maladie existante ou récente	Détails:
Hospitalisation / chirurgie	Détails:
Médication	Détails:
Intolérance médicaments	Détails:
Procédures esthétique dans la zone de traitement	Détails:

Antécédents Médicaux – Veuillez informer le médecin ou l'assistant avant le traitement si vous présentez l'une des conditions suivantes qui pourraient vous rendre inapte à recevoir les traitements FORMA/PLUS.

Grossesse ou allaitement

Moins de 18 ans

Stimulateur cardiaque ou défibrillateur interne ou tout implant électronique tel qu'un moniteur de glycémie

Implant permanent dans la zone de traitement tel que des plaques et des vis métalliques, des implants de silicone ou une substance chimique injectée

Actuel ou antécédents de cancer, en particulier cancer de la peau ou nævus précancéreux

Système immunitaire altéré en raison de maladies immunosuppressives telles que le SIDA et le VIH, ou utilisation de médicaments immunosuppresseurs

Troubles concomitants graves tels que troubles cardiaques, épilepsie, hypertension non contrôlée et maladies du foie ou des reins

Un historique de maladies stimulées par la chaleur, telles que l'herpès simplex récurrent dans la zone de traitement

Toute condition active dans la zone de traitement, telle que plaies, psoriasis, eczéma et éruptions cutanées, ainsi qu'une peau excessivement / fraîchement bronzée

Antécédents de désordres cutanés tels que cicatrices chéloïdes, cicatrisation anormale des plaies et peau très sèche et fragile

Toute condition médicale pouvant nuire à la guérison de la peau

Troubles endocriniens mal contrôlés, comme le diabète ou le dysfonctionnement de la thyroïde

Toute intervention chirurgicale, invasive, ablatrice dans la zone de traitement au cours des 3 derniers mois ou avant la guérison complète

Injection superficielle d'agent de compléments biologique au cours des 6 derniers mois ou de Botox au cours des 2 dernières semaines

Utilisation d'isotrétinoïne (Accutane®) dans les 6 mois précédant le traitement

Initiales du patient: _____

Médecin/Assistant Initiales: _____



I N M O D E

Ce formulaire est conçu pour vous donner les informations dont vous avez besoin pour faire un choix éclairé de subir ou non un traitement avec la technologie DIOLAZE/DIOLAZEXL. Si vous avez des questions avant votre traitement, n'hésitez pas à demander.

- Par la présente, j'autorise le Dr. HAGUENAUER à effectuer la procédure DIOLAZE/DIOLAZEXL.
- J'autorise également aux assistants du Dr HAGUENAUER à effectuer la procédure DIOLAZE/DIOLAZE XL (sauf visage et maillot). Le Dr HAGUENAUER sera présent à chaque début de séance pour régler la machine.
- Le médecin a obtenu mes antécédents médicaux et m'a trouvé admissible à recevoir un traitement.
- J'ai reçu les informations suivantes sur la technologie:
 - DIOLAZE / DIOLAZEXL est une technologie non invasive qui utilise le laser Diode, pour une épilation à la vitesse la plus élevée, le meilleur système de refroidissement de la peau pour les poils de couleur blond foncé-noir
 - Aucune assurance complète n'est garantie
 - Le traitement nécessite plusieurs séances
 - Le nombre exact de sessions est individuel
 - Il peut y avoir de l'inconfort et une rougeur transitoire / ou de l'enflure associée au traitement.
 - Il y a un petit risque d'effets indésirables
- Je comprends que recevoir une suite de traitement est mon choix et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison.
- On m'a parlé des effets secondaires possibles suite au traitement, notamment: douleur locale, rougeur de la peau (érythème), gonflement (œdème), altération de la texture naturelle de la peau (croûte, cloques, brûlures), modification de la pigmentation (hyper ou hypo- pigmentation), cicatrices et ecchymoses de succion. Bien que ces effets soient rares et susceptibles d'être temporaires, tout effet indésirable doit être immédiatement rapporté.
 - Je comprends que je dois respecter le protocole du traitement, sinon les résultats risquent d'être compromis
 - Je reconnais que, au cours de la procédure, des conditions imprévues peuvent nécessiter des procédures différentes de celles décrites ci-dessus et j'autorise le médecin ou les assistants à effectuer ces autres procédures s'ils le jugent professionnellement désirés.
 - Je comprends que tout le monde n'est pas candidat à ce traitement et que les résultats peuvent varier. Par conséquent, il n'y a aucune garantie quant aux résultats pouvant être obtenus.

Les procédures à effectuer avant, pendant et après le traitement m'ont été expliquées

1. J'ai eu suffisamment d'opportunités de discuter de mon état et de mon traitement. Je pense avoir les connaissances suffisantes pour fonder un consentement éclairé.
2. Toutes les questions que j'ai posées ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'autorise, avant, pendant et après la ou les procédures, la prise de photographies de mon profil de patient pouvant être utilisées à des fins scientifiques ou commerciales sans révéler mon identité (les yeux seront masqués sur les photographies).

Date : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Je soussigné, Docteur _____, ai expliqué à mon patient le traitement d'épilation laser avec ses bénéfices et ses risques. J'ai demandé à mon patient si il/elle avait des questions concernant ce traitement et ai répondu à ces questions au mieux

Signature et cachet du Médecin
N° d'identification : 38 1 00083 5/0060180