

CABINET DE MEDECINE MORPHO ESTHETIQUE DES PYRAMIDES

Dr Frédéric Georget

Diplômé de Médecine Morphologique et Anti Âge
Diplôme Européen de LASER médicaux

Formulaire de consentement éclairé pour traitement des taches vasculaires à la lampe flash

Nom :
Date de naissance :

Prénom :

Adresse :
Ville :

Code postal :

Téléphone :

Antécédents médicaux :

Êtes-vous enceinte ? OUI - NON
Allaitiez-vous ? OUI - NON

Êtes-vous allergique : OUI- NON
si oui : à quel(s) produit(s) :

Spécifiquement : avez-vous déjà présenté une réaction au soleil ?
OUI- NON

Prenez vous des médicaments ? OUI- NON
Si oui, quels médicaments :
.....
.....

Prenez vous notamment :
✓ Des anti inflammatoires : OUI- NON
✓ Des antibiotiques OUI- NON
✓ Des médicaments contre l'acné : OUI- NON
✓ Avez-vous pris des médicaments contre l'acné dans les
six derniers mois ? OUI- NON
Lesquels ?
.....

Avez-vous bénéficié d'une de ces techniques dans les six
derniers mois ?

Relissage ablatif OUI- NON
Peeling profond/ intermédiaire OUI- NON

Présentez vous une maladie évolutive : OUI- NON
Laquelle :

Votre peau :
Avez-vous déjà eu un Herpès (bouton de fièvre)
OUI- NON
Présentez vous une maladie cutanée de type lichen
plan, maladie de Darier, vitiligo, psoriasis, ... ?

Avez-vous déjà eu une cicatrice hypertrophique ?
OUI- NON

Présentez vous un tatouage dans la zone à traiter ?
OUI- NON

Votre type de peau :

Lorsque vous vous exposez au soleil, peut on dire que :

Vous brûlez :

Toujours
Très souvent
Modérément
Peu
Rarement
Jamais

Vous bronzez :

Jamais
Légèrement
Progressivement
Toujours bien
Beaucoup
Profondément

Classification de Fitz Patrick :

Voici les effets secondaires auxquels vous pouvez être confrontée :

- Fréquemment :
 - o Douleurs transitoires.
 - o Œdème et rougeurs du site traité, disparaissant en 48 heures.
 - o Reviviscence herpétique.

- Plus rarement :
 - o Hypo ou hyperpigmentation transitoire surtout pour les patients possédant une peau de type III et plus selon la classification de Fitz Patrick.
 - o Une infection localisée.
 - o Modifications des tatouages en regard de la zone traitée.
 - o Purpura dans la zone traitée.

- Exceptionnellement :
 - o Vésicules en regard de la zone traitée.
 - o Brûlure par le rayon lumineux.
 - o Croutes en regard des zones brûlées, à ne jamais arracher.
 - o Cicatrice en cas de brûlure par le rayon lumineux.
 - o Lésions pigmentaires définitives quasi exclusivement sur peaux sombres.
 - o Phénomène de Koebner pour certaines pathologies dermatologiques.
 - o Réaction de type allergique à la lumière.

AUTORISATION :

Je soussigné(e),, autorise par la présente le Dr Frédéric GEORGET à réaliser un traitement des tâches vasculaires des zones suivantes :

.....
.....

J'ai parfaitement compris que le traitement des tâches vasculaire permet une diminution du nombre de tâches rouge et petit vaisseaux, et d'améliorer la qualité de la peau. J'ai parfaitement compris qu'il faut plusieurs séances et que les résultats sur la peau peuvent demander jusqu'à 3 mois pour être visibles. Les détails de la procédure m'ont été expliqués en terme clairs et je les ai totalement compris.

On m'a aussi expliqué quelles étaient les autres méthodes possibles ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Je déclare également être totalement informé(e) des risques et complications généraux et spécifiques immédiats et secondaires auxquels je pourrais être confronté(e).

J'ai informé le médecin de mes allergies connues, ainsi que mes traitements en cours.

Je m'engage à suivre toutes les recommandations et les prescriptions des Dr GEORGET. Notamment concernant les règles d'exposition au soleil.

Je suis satisfait(e) des informations communiquées. Après un délai de réflexion suffisant, ainsi qu'une évaluation sérieuse, je donne mon consentement à la procédure proposée.

Date

Signature du Patient

Signature du Médecin