

# Consentement à l'épilation au laser

Consentement éclairé pour l'épilation au laser et IPL avec dépistage du type de peau, exposition au soleil et médicaments

## Informations du client

Prénom \*

Nom de famille \*

Adresse e-mail \*

Numéro de téléphone \*

Date de naissance \*

JJ / MM / AAAA

## Détails du traitement

Zones de traitement \*

- |                                                             |                                             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visage / Lèvre supérieure / Menton | <input type="checkbox"/> Aisselles          |
| <input type="checkbox"/> Bras                               | <input type="checkbox"/> Bikini / Brésilien |
| <input type="checkbox"/> Jambes                             | <input type="checkbox"/> Dos / Poitrine     |
| <input type="checkbox"/> Autre                              |                                             |

Comment votre peau réagit-elle au soleil ? \*

- |                                                                          |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brûle toujours, ne bronze jamais (I)            | <input type="checkbox"/> Brûle habituellement, bronze minimalement (II) |
| <input type="checkbox"/> Brûle parfois, bronze progressivement (III)     | <input type="checkbox"/> Brûle rarement, bronze facilement (IV)         |
| <input type="checkbox"/> Brûle très rarement, bronze très facilement (V) | <input type="checkbox"/> Ne brûle jamais, très pigmenté (VI)            |

Avez-vous été exposé au soleil, à un lit de bronzage ou avez-vous utilisé un autobronzant sur la zone au cours des 2 à 4 dernières semaines ? \*

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous épilé à la cire, arraché à la pince, utilisé un fil ou une crème dépilatoire sur la zone au cours des 4 dernières semaines ? \*

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà suivi un traitement d'épilation au laser ou IPL ? \*

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous eu une réaction indésirable ?

## Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte, essayez-vous de concevoir ou allaitez-vous ? \*

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes ?

- ☐ Trouble auto-immun (lupus, PR, SEP, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de chéloïde ou cicatrisation hypertrophique
- ☐ Cancer (actuel ou au cours des 5 dernières années)
- ☐ Immunosupprimé / trouble immunitaire
- ☐ Aucune de ce qui précède

Avez-vous pris de l'isotrétinoïne (Accutane) au cours des 6 derniers mois ? \*

☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous un médicament photosensibilisant (certains antibiotiques, rétinoïdes, millepertuis) ? \*

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des boutons de fièvre ou des épidémies d'herpès dans la zone de traitement ? \*

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un tatouage ou du maquillage permanent dans la zone de traitement ? \*

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous le SOPK, un trouble hormonal ou prenez-vous une hormonothérapie ? \*

☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

## Risques et complications

**Risques et complications potentiels :**

- Rougeur, gonflement et sensation de coup de soleil pendant quelques heures à quelques jours
- Cloques ou croûtes (rare)
- Hyperpigmentation ou hypopigmentation — taches plus foncées ou plus claires, généralement temporaires mais occasionnellement durables, plus probables avec un bronzage ou des types de peau plus foncés
- Croissance paradoxale des cheveux — nouveaux cheveux fins près de la zone traitée, surtout sur le visage et le cou
- Cicatrisation (rare)
- Lésion oculaire si les lunettes de protection ne sont pas portées

L'épilation au laser réduit les cheveux ; ce n'est pas une élimination permanente. Un cycle de 6 à 8 séances, espacées de 4 à 8 semaines, plus l'entretien est typique. Évitez l'exposition au soleil et utilisez un SPF 30+ sur les zones traitées pendant 2 semaines avant et après chaque séance.

Je comprends que les résultats varient selon la couleur des cheveux, le type de peau et les hormones, que les cheveux gris, blancs, rouges ou très fins répondent mal, et que plusieurs séances et un entretien sont nécessaires.

Je comprends que la réduction des cheveux n'est pas une épilation permanente: \_\_\_\_\_

Je comprends qu'une peau bronzée ou exposée au soleil augmente considérablement le risque de brûlures et de modifications de la pigmentation et j'accepte d'éviter l'exposition au soleil et l'autobronzant avant et après le traitement.

Je suivrai les instructions de protection solaire: \_\_\_\_\_

**Journal des services**

Réservé à l'usage du cabinet

|          | Date | Zone | Appareil / Fluence / Spot | Notes |
|----------|------|------|---------------------------|-------|
| Entrée 1 |      |      |                           |       |
| Entrée 2 |      |      |                           |       |
| Entrée 3 |      |      |                           |       |
| Entrée 4 |      |      |                           |       |
| Entrée 5 |      |      |                           |       |
| Entrée 6 |      |      |                           |       |

**Consentement et signature**

Je consens volontairement à un traitement d'épilation au laser ou IPL. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles, notamment la possibilité de brûlures et de modifications de la pigmentation. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention cosmétique élective et qu'aucune garantie de résultat n'a été donnée. Je libère le prestataire et le cabinet de toute responsabilité liée à ce traitement, sauf en cas de négligence.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus: \_\_\_\_\_

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date \*

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify**

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.