

Consentement au resurfaçage cutané au laser

Consentement éclairé pour le resurfaçage cutané ablatif et non ablatif incluant CO2 fractionné, erbium et peelings au laser carbone

Informations du client

Prénom *

Nom de famille *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du traitement

Type de traitement *

- ☐ CO2 fractionné (ablatif) ☐ Erbium (ablatif)
☐ Fractionné non ablatif (p. ex., 1540/1550 nm) ☐ Peeling au laser carbone
☐ Autre

Zones à traiter *

- ☐ Visage complet ☐ Autour des yeux ☐ Autour de la bouche
☐ Cou ☐ Poitrine ☐ Mains
☐ Cicatrices (à préciser ci-dessous)

Objectifs

- ☐ Rides et ridules ☐ Cicatrices d'acné
☐ Dommages solaires / pigmentation ☐ Texture et pores
☐ Relâchement cutané

Avez-vous déjà subi un resurfaçage au laser, un peeling profond ou une dermabrasion? *

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand et comment votre peau a-t-elle réagi?

Antécédents médicaux

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

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'une des conditions suivantes?

- ☐ Maladie auto-immune (lupus, RA, SEP, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques
- ☐ Cancer (actuellement ou au cours des 5 dernières années)
- ☐ Immunodéprimé / trouble immunitaire
- ☐ Aucun de ce qui précède

Avez-vous pris de l'isotrétinoïne (Accutane) au cours des 6 à 12 derniers mois? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des antécédents d'herpès labial (herpès simplex)? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous de l'acné active, une infection ou des plaies ouvertes dans la zone? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu une exposition au soleil, du bronzage ou de l'autobronzant au cours des 4 dernières semaines? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous du mélasma ou des antécédents de changements de pigmentation après une lésion cutanée? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous du vitiligo, du psoriasis ou de l'eczéma dans la zone? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous reçu une radiothérapie à cette zone? *

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques et complications potentiels :

- Rougeur, gonflement, suintement et croûtes pendant plusieurs jours (ablatif) ou 1 à 3 jours (non ablatif); la rougeur peut persister pendant des semaines
- Douleur ou sensation de brûlure pendant la cicatrisation
- Infection — bactérienne, virale (poussée d'herpès labial) ou fongique
- Hyperpigmentation — assombrissement, courant chez les peaux bronzées ou plus foncées, disparaît généralement en quelques mois
- Hypopigmentation — éclaircissement pouvant être permanent, en particulier avec un traitement ablatif profond
- Rougeur prolongée, miliums ou poussée d'acné
- Cicatrices, y compris des cicatrices texturées ou épaissies (rare)
- Lésion oculaire sans protection oculaire appropriée
- Lignes de démarcation entre la peau traitée et non traitée

L'évitement strict du soleil et l'utilisation d'un FPS 30+ pendant 4 semaines avant et 8 semaines après est essentielle. Le resurfaçage ablatif nécessite une routine de soins des plaies pendant 5 à 10 jours et un congé du travail.

Je comprends le temps d'arrêt et les soins des plaies, que je dois suivre exactement les instructions de soins des plaies et de protection solaire, et que la cicatrisation peut prendre plus de temps que décrit.

Je comprends le processus de cicatrisation et les soins des plaies: _____

Je comprends que l'éclaircissement ou l'assombrissement temporaire ou permanent de la peau, la rougeur prolongée et les cicatrices sont possibles, en particulier avec une exposition solaire récente, l'isotrétinoïne ou des antécédents de pigmentation.

Je comprends que des changements de pigmentation et des cicatrices sont possibles: _____

Autorisation de photos

Pouvons-nous prendre des photos avant et après pour votre dossier de traitement? *

- ☐ Oui — pour mon dossier médical uniquement
- ☐ Oui — et vous pouvez les utiliser de manière anonyme à des fins de marketing
- ☐ Non

Dossier de service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Appareil / Énergie / Densité	Remarques
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je consens volontairement à un traitement de resurfaçage cutané au laser. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives et des complications potentielles, y compris l'infection, les changements de pigmentation et les cicatrices. Je comprends qu'il s'agit d'une procédure cosmétique électorive et qu'aucune garantie de résultat n'a été donnée. Je dégage 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 que je donne mon consentement éclairé.

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

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

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.