

Consentement à l'ablation de grains de beauté, étiquettes cutanées et lésions

Consentement éclairé pour l'ablation cosmétique de grains de beauté, étiquettes cutanées et lésions pigmentées par radiofréquence, laser, cryothérapie ou excision par rasage, avec reconnaissance de pathologie

Informations du client

Prénom *

Nom de famille *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails de la lésion

Qu'est-ce qui est enlevé ? *

☐ Étiquette cutanée(s)

☐ Grain de beauté (névus)

☐ Kératose séborrhéique / tache de vieillesse

☐ Angiome cherry

☐ Milia

☐ Autre

Nombre de lésions *

Localisation(s) *

Méthode *

☐ Radiofréquence / Électrocautérisation

☐ Laser

☐ Cryothérapie (congélation)

☐ Excision par rasage

☐ Excision par snip

La lésion a-t-elle récemment changé de l'une de ces façons ? *

☐ A augmenté de taille

☐ A changé de couleur ou a plusieurs couleurs

☐ Bordure irrégulière ou inégale

☐ Saigne, démange ou forme une croûte

☐ Est apparu après l'âge de 30 ans

☐ Aucun changement

Un dermatologue ou un médecin a-t-il évalué cette lésion ? *

☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux

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

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'un des éléments suivants ?

- ☐ Maladie auto-immune (lupus, PR, SEP, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédent de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques
- ☐ Cancer (actuellement ou dans les 5 dernières années)
- ☐ Immunodéprimé / trouble immunitaire
- ☐ Aucun des éléments ci-dessus

Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de mélanome ou de cancer de la peau ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un stimulateur cardiaque ou un appareil électronique implanté ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Formez-vous des chéloïdes ou des cicatrices épaisses ? *

- ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des anticoagulants ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques et complications potentiels :

- Cicatrisation — chaque ablation laisse une marque qui peut être plate, surélevée, plus claire ou plus foncée que la peau environnante
- Hyperpigmentation ou hypopigmentation au site, pouvant durer un certain temps
- Ablation incomplète ou récurrence nécessitant un deuxième traitement
- Saignement, infection ou cicatrisation retardée
- Douleur ou sensation de brûlure pendant et après le traitement
- Irritation des nerfs — engourdissement temporaire (rare)
- Diagnostic manqué — l'ablation cosmétique sans pathologie signifie qu'une lésion n'est pas examinée au microscope ; une lésion suspecte ou changeante doit être évaluée par un médecin et peut nécessiter une biopsie

Maintenez le site couvert et humide comme indiqué, évitez de gratter les croûtes et utilisez une protection solaire pendant 3 mois pour réduire la décoloration.

Je comprends que l'ablation laisse toujours une marque, qu'elle peut être plus claire, plus foncée ou surélevée, et que la lésion peut revenir et nécessiter un nouveau traitement.

Je comprends qu'une cicatrice ou un changement de pigment restera: _____

Je comprends que l'ablation cosmétique n'inclut pas d'examen microscopique à moins que cela ne soit spécifiquement organisé, qu'une lésion changeante ou suspecte doit d'abord être évaluée par un dermatologue, et que j'ai répondu aux questions sur la lésion de manière honnête.

Je comprends que cette ablation est cosmétique et que la lésion ne sera pas examinée par pathologie à moins que cela ne soit organisé: _____

Autorisation de photographie

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 anonymement à des fins marketing
- ☐ Non

Journal des services

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Lésion / Localisation	Méthode / Paramètres	Remarques
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je consens volontairement à l'ablation cosmétique de la (des) lésion(s) décrite(s) ci-dessus. J'ai été informé(e) des avantages, des risques, des alternatives (y compris l'évaluation médicale et la biopsie) et des complications potentielles, notamment la cicatrisation et le changement de pigment. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention élective et aucune garantie de résultat n'a été donnée. Je libère le prestataire et la clinique 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 je comprends 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.