



## Formulaire de consentement pour des traitements vasculaires par le système Ellipse I<sup>2</sup>PL

Nom:.....

Prénom : .....

La technologie I<sup>2</sup>PL est une méthode efficace pour supprimer les vaisseaux dilatés disgracieux sous toutes leurs formes : érythrose, couperose, angiomes rubis, angiomes stellaires, lacs veineux, angiomes plans (taches de vin).

J'autorise par le présent document, le Dr.....à me traiter avec le système Ellipse à technologie I<sup>2</sup>PL.

Je comprends que celle-ci peut selon les cas n'obtenir qu'un résultat partiel et qu'en général plusieurs séances s'avèrent nécessaires.

Le Dr ..... m'a expliqué le déroulement des séances et indiqué quelles étaient les contre-indications pour ce traitement.

Il m'a informé(e) des possibilités de traitements alternatifs et je comprends que d'autres formes de traitement, ou pas de traitement du tout, sont des choix qui me sont possibles. Le Docteur m'a expliqué que toute procédure médicale comporte certains risques et que dans ce cas précis ceux-ci comprennent, mais ne sont pas limités à la liste suivante :

- 1- Pendant le traitement, une sensation de chaleur et de coups d'élastique claquant sur la peau.
- 2- Une gêne légère après le traitement, comme des rougeurs, des érythèmes voire des œdèmes. Ces effets secondaires disparaissent normalement en quelques heures mais peuvent se prolonger 24 à 48 h.
- 3- Très rarement, le traitement à la lumière intense pulsée peut provoquer des brûlures passagères de l'épiderme, avec apparition de cloques.
- 4- Exceptionnellement de l'hyper ou de l'hypo pigmentation transitoire peut survenir, en particulier sur les peaux les plus mates ; elle disparaîtra normalement au bout de 4 à 12 mois.

J'ai bien compris que pendant le mois qui précède chaque séance l'exposition au soleil doit être évitée de même que les séances UV ou la prise de produits auto-bronzants, le traitement ne pouvant pas être réalisé sur une peau récemment bronzée. En cas d'exposition inévitable, l'application d'une crème solaire d'un indice SPF 30 minimum doit être effectuée, dans les conditions recommandées par le fabricant pour le maintien de son efficacité.

J'accepte de suivre les recommandations post-opératoires du Dr ....., dans le but d'assurer les meilleurs résultats possibles. Je comprends que l'exposition prolongée au soleil et les trop grosses chaleurs doivent être évitées absolument pendant 4 semaines après le traitement et qu'une protection solaire d'indice SPF 30 minimum doit être appliquée sur les zones exposées de la peau, conformément aux instructions du fabricant, en particulier pour la fréquence des applications. A défaut, il est possible qu'une pigmentation marbrée, une hyper ou hypo pigmentation puissent apparaître.

J'accepte d'appliquer les recommandations du Dr.....pendant que je suis sous sa responsabilité, et je suis conscient(e) que n'importe quel manque de coopération pourrait amoindrir le résultat optimum.

Je certifie que j'ai lu et complètement compris les termes et les mots contenus dans le consentement ci-dessus ainsi que la procédure et les explications mentionnées, ou faites. J'ai eu l'opportunité de poser au Dr .....toutes les questions que je souhaitais concernant le traitement proposé. Je certifie aussi que je lis et écris le français.

Un double de ce document m'a été remis.

**Absence de cotation de cet acte médical à la Nomenclature des actes Médicaux de la Sécurité Sociale :**

Aucun remboursement n'est possible et aucun arrêt de travail ne peut être prescrit pour cet acte à visée esthétique.

**Délai de réflexion :**

Un devis m'a été remis avec ce document. Je dois respecter un délai de réflexion incompressible de 7 jours calendaires avant de pouvoir commencer le traitement.

**DATE :**

**SIGNATURE DU PATIENT (précédée de la mention « lu et approuvé ») :**