



## **TRAITEMENT À LA LUMIÈRE PULSÉE INTENSE (IPL)**

### **Consentement éclairé**

Je \_\_\_\_\_ comprends être un(e) candidat(e) pour le(s) traitement(s) à la Lumière Pulsée (IPL) (ci-après référée comme étant la «Procédure»). J'ai pris connaissance et j'ai bien compris les informations qui m'ont été données et j'ai discuté de tous les aspects spécifiques de la Procédure dont je ferai l'objet.

La nature de la Procédure, la possibilité de complications et les risques, ainsi que tous les avantages possibles de la Procédure, les alternatives à la procédure, les risques et les bénéfices de ces dernières m'ont été expliqués dans un langage et une terminologie clairs que j'ai bien compris. La technicienne qui effectuera la Procédure a correctement répondu à toutes mes questions relatives à la Procédure. Elle ne m'a pas fait de promesses, d'engagements ou de garanties quant au succès ou à l'efficacité de la Procédure.

Divers facteurs peuvent influencer le but et les résultats de la Procédure. Je comprends que 15% de la population est réfractaire au traitement à la Lumière Pulsée (IPL). Je comprends également que la Procédure pourrait nécessiter plus de traitements que ceux initialement anticipés. Je conviens de payer les honoraires proposés et je comprends que lesdits honoraires ne sont pas remboursables.

Je comprends qu'il existe des possibilités de risques et de complications, à la fois connus et inconnus, reliés à la Procédure. Les études et l'expérience des dites Procédures comprennent, mais ne sont pas limités à des complications potentielles ou effets secondaires; qu'il existe entre 10 et 20% de risques de développer des situations d'hypo/hyperpigmentation, de purpura, d'hémorragie, de phlyctènes, de croûtes superficielles, d'éphélides et de taches brunes qui peuvent s'éclaircir ou s'estomper, de boutons, de rougeurs et d'enflure. Je comprends que si je suis sujet à l'herpès labial ou génital je devrai me soumettre à des traitements médicaux antiviraux avant et après la Procédure. Je comprends que dans le cas où j'utilise un anesthésique topique, je serai l'unique responsable des effets, lorsqu'utilisés conjointement avec la Procédure. Quant au traitement à la Lumière Pulsée (IPL) dans le cadre d'une réduction pileuse, je conviens de ne pas m'épiler, de ne pas utiliser de cire dépilatoire ou de subir un traitement à l'électrolyse sur les régions qui seront traitées, le tout au moins quatre (4) semaines avant le premier traitement et je conviens également de ne pas me faire bronzer ou d'utiliser des produits autobronzants sur la région qui doit être traitée durant tout le temps où la Procédure sera en cours. Je conviens de protéger ma peau, sur la région traitée, avec une crème solaire d'un minimum de SPF 30 durant chacun des intervalles de quatre semaines avant la Procédure.

Je comprends que la Procédure est relativement nouvelle et qu'il n'existe que peu de données concernant sa sécurité et son efficacité à long terme. Je comprends que certains médicaments, que je prends actuellement et qui sont reconnus comme étant photosensibles, accroîtront mes risques de contre-indication, y compris l'apparition de changements pigmentaires et de phlyctènes. Je comprends que je nécessiterai certains soins après traitement et pour lesquels j'ai reçu les explications nécessaires. Advenant, qu'en tout temps après la Procédure, je doive recevoir une attention médicale additionnelle y afférente, je prendrai contact avec la technicienne dans les 24 heures suivant les soins initiaux. J'ai eu l'occasion de poser des questions relatives à la Procédure et j'ai reçu toutes les réponses nécessaires, et ce, de façon satisfaisante. Je comprends qu'afin d'obtenir les résultats escomptés, j'accepte les traitements aux intervalles prescrits par la technicienne.

Je ne prends aucun sédatif. Je suis sain(e) d'esprit et je comprends la nature de la Procédure et les risques possibles y reliés. Je comprends qu'en signant ci-dessous, j'indique que j'ai lu et compris les informations du dit formulaire de consentement du patient, que j'ai été informé(e) verbalement de la Procédure, que j'ai eu l'occasion de poser des questions et que j'accepte de me soumettre à ladite Procédure.

Nom du (de la) patient(e) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom de la technicienne : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_