



# INMODE

## EXEMPLE DE PROFIL MÉDICAL/FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORMÉ LUMECCA™

Émis par \_\_\_\_\_ Clinique

### Information Personnelle:

Nom:	Date de Naissance:
Numéro d'identification:	Occupation:
Adresse:	Courriel:
Téléphone à domicile:	Telephone Cellulaire:

### Questionnaire de Santé:

Maladie existante ou récente	Détails:
Hospitalisation / chirurgie	Détails:
Intolérance médicaments	Détails:
Procédures esthétique dans la zone de traitement	Détails:

**Antécédents médicaux** – Veuillez informer le médecin ou l'assistant avant le traitement si vous présentez l'une des conditions suivantes qui pourraient vous rendre inapte à recevoir les traitements LUMECCA™.

- Grossesse ou allaitement
- Moins de 18 ans
- Stimulateur cardiaque ou défibrillateur interne ou tout implant électronique tel qu'un moniteur de glycémie
- Implant permanent dans la zone de traitement tel que des plaques et des vis métalliques, des implants de silicone ou une substance chimique injectée
- Actuel ou antécédents de cancer, en particulier cancer de la peau ou nævus précancéreux
- Système immunitaire altéré en raison de maladies immunosuppressives telles que le SIDA et le VIH, ou utilisation de médicaments immunosuppresseurs
- Troubles concomitants graves tels que troubles cardiaques, épilepsie, hypertension non contrôlée et maladies du foie ou des reins
- Un historique de maladies stimulées par la chaleur, telles que l'herpès simplex récurrent dans la zone de traitement
- Toute condition active dans la zone de traitement, telle que plaies, psoriasis, eczéma et éruptions cutanées, ainsi qu'une peau excessivement / fraîchement bronzée
- Antécédents de désordres cutanés tels que cicatrices chéloïdes, cicatrisation anormale des plaies et peau très sèche et fragile
- Toute condition médicale pouvant nuire à la guérison de la peau
- Troubles endocriniens mal contrôlés, comme le diabète ou le dysfonctionnement de la thyroïde
- Toute intervention chirurgicale, invasive, ablatrice dans la zone de traitement au cours des 3 derniers mois ou avant la guérison complète
- Injection superficielle d'agent de compléments biologique au cours des 6 derniers mois ou de Botox au cours des 2 dernières semaines
- Utilisation d'isotrétinoïne (Accutane®) dans les 6 mois précédant le traitement

Ce formulaire est conçu pour vous donner les informations dont vous avez besoin pour faire un choix éclairé de subir ou non un traitement avec la technologie LUMECCA™. Si vous avez des questions avant votre traitement, n'hésitez pas à demander.

- Par la présente, j'autorise Dr. \_\_\_\_\_ et / ou des assistants sélectionnés d'effectuer la procédure LUMECCA™.

- Le médecin a obtenu mes antécédents médicaux et m'a trouvé admissible à recevoir un traitement.
- J'ai reçu les informations suivantes sur la technologie
  - LUMECCA™ est une technologie IPL (Intense Pulse Light (Anglais) -Lumière Pulsée Intense) non invasive qui utilise cette technologie pour améliorer les lésions de rajeunissement de la peau, pigmentées et vasculaires.
  - Les lésions pigmentées deviendront plus foncées pendant une période de 1 à 2 semaines avant de commencer à s'éclaircir. Une inflammation locale autour des lésions, se manifeste par une certaine rougeur et enflure peuvent accompagner la réponse dans le cadre du processus de guérison.
  - Les capillaires sanguins vont coaguler et sembler plus foncés pendant 1 à 2 semaines avant la désintégration. Une certaine rougeur et enflure peuvent accompagner la réponse dans le cadre du processus de guérison.
  - Un resserrement de la peau peut se produire immédiatement, ce qui peut diminuer pendant 1 à 2 mois, mais s'améliorera ensuite à mesure que de nouvelles fibres de collagène sont produites.
  - Les 3 lésions: brun, rouge et peau relâchée peuvent s'améliorer simultanément.
  - Aucune assurance complète n'est garantie
  - Le traitement nécessite plusieurs séances
  - Le nombre exact de sessions est individuel
  - Il peut y avoir de l'inconfort et une rougeur transitoire / ou de l'enflure associée au traitement.
  - Il y a un petit risque d'effets indésirables
- Je comprends que recevoir une suite de traitement est mon choix et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison.
- On m'a parlé des effets secondaires possibles suite au traitement, notamment: douleur locale, rougeur de la peau (érythème), gonflement (œdème), altération de la texture naturelle de la peau (croûte, cloques, brûlures), modification de la pigmentation (hyper ou hypo- pigmentation). Bien que ces effets soient rares et susceptibles d'être temporaires, tout effet indésirable doit être immédiatement rapporté.
- Je comprends que je dois respecter l'horaire de traitement, sinon les résultats risquent d'être compromis
- Je reconnais que, au cours de la procédure, des conditions imprévues peuvent nécessiter des procédures différentes de celles décrites ci-dessus et j'autorise le médecin ou les assistants à effectuer ces autres procédures s'ils le jugent professionnellement désirés.
- Je comprends que tout le monde n'est pas candidat à ce traitement et que les résultats peuvent varier. Par conséquent, il n'y a aucune garantie quant aux résultats pouvant être obtenus.

Les procédures à suivre pour traiter mes conditions m'ont été expliquées.

Initiales du patient: \_\_\_\_\_

Médecin/Assistant Initiales: \_\_\_\_\_

1. J'ai eu suffisamment d'opportunités de discuter de mon état et de mon traitement. Je pense avoir les connaissances suffisantes pour fonder un consentement éclairé.
2. Toutes les questions que j'ai posées ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'autorise, avant, pendant et après la ou les procédures, la prise de photographies de mon profil de patient pouvant être utilisées à des fins scientifiques ou commerciales sans révéler mon identité (les yeux seront masqués sur les photographies).

\_\_\_\_\_  
Signature du patient  
Ou personne autorisés à signer pour le patient

\_\_\_\_\_  
Signature Médecin/Assistant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du patient (en capitales)

\_\_\_\_\_  
Nom Médecin/Assistant (en capitales)

\_\_\_\_\_  
Date