



Unité Chirurgicale de la Face et du Cou
Oto - Rhino - Laryngologie
Chirurgie et Médecine Esthétique

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LE TRAITEMENT FRACTIONNE LASER CO² VERSION DERMATOLOGIE

Je soussigné(e) M./Mme.....

autorise le **Dr Nathaniel KHALIFA** à réaliser ce traitement au laser SILKLASE.

J'ai été informé sur la nature et la finalité du traitement, le médecin a répondu à toutes mes questions à l'égard de celui-ci.

Je comprends et j'assume que ce traitement entraîne quelques risques et complications. Les risques du traitement m'ont été expliqués à mon entière satisfaction. J'ai lu également la liste des effets secondaires plus fréquents.

- a. Certains changements de la peau ne peuvent pas être prévus.*
- b. Les paramètres sélectionnés pour mettre en pratique le traitement seront uniquement et exclusivement la responsabilité du praticien.*
- c. Durant le traitement au laser fractionné SILKLASE, je vais éprouver une certaine gêne et une sensation de brûlure. Une fois terminé, et pendant 40 à 60 minutes, je ressentirai cette brûlure, qui disparaîtra après ce laps de temps. Après le traitement, un érythème surviendra, puis une croûte qui subira une exfoliation progressive pendant 3 à 10 jours, en fonction de l'énergie appliquée lors du traitement.*
- d. La peau aura un aspect rougeâtre, pouvant persister au bout de quelques semaines, et certains changements de pigmentation pourront être observés dans des cas très exceptionnels.*
- e. Après le traitement, il est recommandé de couvrir la surface de la peau traitée avec une crème réparatrice ne contenant pas d'antibiotiques. Appliquez-la 2 fois par jour sur la peau propre et sèche.*
- f. Il est conseillé d'utiliser un spray épithélisant tout au long de la période d'exfoliation.*
- g. Jusqu'au 10^{ème} jour après le traitement, le/la patient/e devra appliquer un protecteur solaire ou écran à indice de protection maximal, composé uniquement par des filtres physiques, chaque fois qu'elle s'exposera au rayonnement solaire.*
- h. À partir du 10^{ème} jour, elle pourrait s'exposer aux rayons ultraviolets en utilisant un facteur de protection solaire inférieur à 60.*

Je déclare ne pas être enceinte, ne souffrir aucun type d'allergie connue, ni de maladie dermatologique aiguë ou chronique, ne pas avoir subi d'infection à herpès labial préalablement, ne pas avoir utilisé ni pris des substances photosensibilisantes pendant le mois qui a précédé le traitement (y compris le peeling chimique),

que je n'ai pas d'inserts en méthacrylate dans la zone à traiter, que je prends un traitement antiherpétique par prescription médicale.

Je déclare que je ne souffre aucune maladie qui, d'après le critère du médecin traitant, pourrait contre-indiquer ce type d'intervention.

Je confirme avoir lu ce formulaire et que je comprends et j'accepte l'information du document.

J'ai reçu, lu et compris l'information sur les soins post-traitement. Il m'a été expliqué de manière claire que le derme s'échauffe pendant la séance avec SILKLASE, en induisant la contraction du collagène dermique, et que je vais expérimenter une sensation de tension et de chaleur dans la zone traitée.

J'ai été également informé convenablement sur d'autres procédures alternatives.

Il m'a été indiqué que je serai photographié avant, pendant et après chaque séance de traitement, comme méthode de contrôle évolutif de routine. Ces photos peuvent être utilisées à des fins de diffusion scientifique. En considérant que j'ai été suffisamment informé et que mes éventuels doutes concernant la procédure et ses possibles résultats ont été clarifiés :

"Je signe et j'accorde mon consentement et autorisation pour être soumis à la procédure du relissage (skin resurfacing) fractionné avec SILKLASE.

À.....le.....

Le praticien est le seul responsable du traitement réalisé sur le patient, prenant en charge la responsabilité de son suivi jusqu'à sa récupération complète.

Signature du patient :

.....