

Voici un exemplaire du contenu du consentement :

J'autorise par la présente le personnel de l'Institut d'épilation par laser de l'Estrie, à procéder à des traitements d'épilation par laser diode LightSheer de Cohérent, sur une ou des régions de mon corps.

J'ai compris que de 7 à 10 séances de laser sont normalement requises et que chez un faible pourcentage de gens, il y a un certain degré de repousse même après le dixième traitement. Les poils pâles ou duveteux ne seront pas traités par le laser.

Je reconnais avoir lu et compris les instructions prétraitements et post-traitements et je déclare être en mesure de m'y conformer. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance au questionnaire d'évaluation, notamment aux questions relatives à mon état de santé et à la médication utilisée.

Je comprends que je dois éviter de m'exposer aux rayons solaires, ou en cabine de bronzage sans protection adéquate, une semaine avant et après chaque traitement.

Je suis conscient que le traitement laser diode peut engendrer des complications généralement passagères, dont de la rougeur, de l'enflure, des démangeaisons, de l'inconfort, du suintement, des croûtes, des brûlures et dans quelques rares cas des changements de coloration de ma peau (hyper ou hypo pigmentation). Cette dernière complication étant la plus sérieuse et pouvant être irréversible.

Je ne suis pas enceinte et je m'engage à aviser le personnel traitant de l'institut si une grossesse survenait en cours de processus de traitement.

Le traitement épilatoire par laser étant pratiqué depuis 1996, je comprends que les effets secondaires à très long terme sont inconnus.

Mon dossier est la propriété de l'Institut d'épilation par laser de l'Estrie. J'accepte l'utilisation de photos cliniques à des fins d'études et de présentations (site Internet), dans l'éventualité où une complication survenait, dans la mesure où mon identité est préservée.

Par ma signature, je reconnais que les risques du traitement m'ont été expliqués et que j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Je consens à recevoir des traitements épilatoires par laser diode LightSheer.

Signature du patient : _____ Signature esthéticienne : _____