

Dossier préalable d'épilation laser

Questionnaire médical - information - consentement - traçabilité

À lire avant de remplir : le patient peut compléter les parties 1 à 4 avant le rendez-vous. La partie « consentement » doit être signée seulement après la consultation et les explications personnalisées. Ce document ne remplace ni l'entretien oral, ni l'examen clinique, ni les contrôles avant chaque séance.

Document prérempli avec l'identité juridique du centre et le RPPS du médecin. Les appareils, protocoles, coordonnées sécurisées, identité et formation de la professionnelle, ainsi que les mentions RGPD doivent encore être complétés et validés avant utilisation.

Identification de l'établissement et des intervenants

Exploitant / raison sociale : CENTRE ESTHETIQUE ET LASERS DE SAINT GERMAIN EN LAYE

Forme juridique / immatriculation : SARL - SIREN 824 909 014 - SIRET 824 909 014 00014 - RCS Versailles

Adresse : 28 rue du Maréchal Joffre, 78100 Saint-Germain-en-Laye

Téléphone / courriel sécurisé : 06 72 39 14 12 - courriel sécurisé : _____

Médecin consultant : Dr Vincent Penna - RPPS 10004631197

Professionnelle réalisant les séances : _____

Qualification et formation laser vérifiées le : _____

1. Identité du patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	Courriel :
Code postal / ville :	Médecin traitant :

Patient mineur : ☐ Non ☐ Oui - identité du/des représentant(s) légal(aux) :

Zone(s) souhaitée(s) : _____

Objectif principal / gêne exprimée : _____

2. Questionnaire médical à compléter avant la consultation

Cochez « oui » ou « non » et précisez toute réponse positive. N'interrompez aucun traitement sans avis médical.

Question	Oui	Non	Précisions
Grossesse en cours, projet de grossesse ou allaitement	☐	☐	
Exposition solaire importante, séance UV, voyage au soleil ou coup de soleil récent	☐	☐	
Autobronzant ou produit bronzant appliqué récemment	☐	☐	
Peau actuellement irritée, lésée, brûlée, infectée ou présentant une poussée d'herpès	☐	☐	
Eczéma, psoriasis, vitiligo ou autre maladie cutanée sur la zone	☐	☐	
Antécédent de cancer cutané ou lésion pigmentée en cours de surveillance	☐	☐	
Antécédent de cicatrice hypertrophique ou chéloïde	☐	☐	
Trouble de la pigmentation après inflammation, brûlure ou acte esthétique	☐	☐	
Maladie connue entraînant une photosensibilité ou réaction anormale à la lumière	☐	☐	

Question	Oui	Non	Précisions
Épilepsie photosensible ou malaise déclenché par les flashes lumineux	☐	☐	
Trouble de coagulation, traitement anticoagulant ou saignements anormaux	☐	☐	
Diabète, immunodépression, traitement immunosuppresseur ou cicatrisation difficile	☐	☐	
Pathologie hormonale, hirsutisme, syndrome des ovaires polykystiques ou pilosité d'apparition rapide	☐	☐	
Traitement médicamenteux commencé, modifié ou arrêté récemment	☐	☐	
Prise récente d'isotrétinoïne, rétinoïde, antibiotique, anti-inflammatoire, phytothérapie ou complément alimentaire	☐	☐	
Application locale de rétinoïde, acide, dépigmentant, huile essentielle ou produit irritant	☐	☐	
Allergie connue à un produit de soin, gel, antiseptique, adhésif ou médicament	☐	☐	
Tatouage, maquillage permanent, grain de beauté ou lésion pigmentée sur la zone	☐	☐	
Acte récent sur la zone : peeling, laser, injection, chirurgie, électrolyse ou autre soin	☐	☐	
Réaction indésirable lors d'une précédente séance laser ou lumière pulsée	☐	☐	
Autres antécédents, allergies, traitements ou informations utiles :			

3. Historique de la pilosité et des méthodes d'épilation

☐ Rasoir

☐ Crème dépilatoire

☐ Pince

☐ Épilateur électrique

☐ IPL antérieure

☐ Tondeuse

☐ Cire

☐ Fil

☐ Laser antérieur

☐ Électrolyse

Date de la dernière cire / pince / épilation par arrachage : _____

Date du dernier rasage : _____

Nombre de séances laser ou IPL déjà réalisées et résultat : _____

Pilosité stable ou évolution récente : _____

Signes associés éventuels : ☐ Acné ☐ Cycles irréguliers ☐ Chute de cheveux ☐ Prise de poids ☐ Aucun ☐ Autre : _____

4. Phototype indicatif - à confirmer par le professionnel

La classification ci-dessous est une aide. Le phototype final et le choix des paramètres relèvent de l'examen professionnel.

☐	I	Peau très claire, brûle toujours, ne bronze pas
☐	II	Peau claire, brûle facilement, bronze peu
☐	III	Peau intermédiaire, brûle parfois, bronze progressivement
☐	IV	Peau mate, brûle peu, bronze facilement
☐	V	Peau brune, brûle rarement
☐	VI	Peau très foncée, brûle exceptionnellement

5. Examen clinique et décision médicale - réservé au Dr Vincent Penna

Zone(s) examinée(s) :

État cutané / lésions / cicatrices / tatouages :

Phototype retenu :

Couleur, diamètre et densité des poils :

Poil terminal / duvet / mélange :

Signes évocateurs de contre-indication :

Suspicion de contexte hormonal ou indication de bilan :

Risque particulier de repousse paradoxale :

Alternative ou complément par électrolyse :

Décision et observations :

Conclusion : ☐ Indication retenue ☐ Indication différée ☐ Contre-indication ☐ Avis complémentaire requis ☐ Électrolyse privilégiée

Longueur d'onde / technologie envisagée : _____

Test ou précautions particulières : _____

Date et signature du médecin : _____

6. Projet de protocole personnalisé

Zone(s)	
Technologie / appareil	
Objectif réaliste	
Nombre indicatif de séances	
Intervalle initial indicatif	
Facteurs pouvant modifier le protocole	
Alternative / entretien / électrolyse	

7. Fiche d'information préalable à l'épilation laser

Les professionnels ont reçu une formation appropriée sur les conditions d'utilisation en toute sécurité du dispositif.

Nature et objectif de l'acte

L'épilation laser à visée non thérapeutique utilise une énergie lumineuse absorbée principalement par la mélanine du poil afin d'endommager le follicule. L'objectif est une réduction durable de la pilosité. Le résultat varie selon la couleur et le diamètre des poils, le phototype, la zone, le cycle pileire, l'âge, le contexte hormonal et la régularité des séances.

Le laser ne permet pas de garantir une disparition totale et définitive de tous les poils. Des séances d'entretien peuvent être nécessaires. Les poils blancs, gris, très clairs ou certains poils roux répondent peu ou pas au laser et peuvent relever de l'électrolyse.

Performances attendues et limites

- Seuls les follicules contenant un poil suffisamment pigmenté et dans une phase favorable du cycle peuvent être efficacement ciblés lors d'une séance.
- Plusieurs séances sont nécessaires; leur nombre ne peut pas être garanti à l'avance.
- La réponse est généralement meilleure sur les poils foncés et épais que sur les poils fins ou peu pigmentés.
- Les changements hormonaux, l'âge ou certaines pathologies peuvent entraîner l'apparition de nouveaux poils.
- Le traitement de certaines zones du visage et du duvet nécessite une prudence particulière en raison d'un risque de stimulation paradoxale.
- Le protocole peut être modifié, reporté ou arrêté si la sécurité, la tolérance ou l'absence de cible pileire suffisante l'exige.

Alternatives

- Rasage ou tonte, sans destruction folliculaire.
- Cire, pince, fil ou épilateur électrique, avec arrachage temporaire du poil.
- Électrolyse réalisée par un médecin pour certains poils blancs, clairs, roux ou isolés.
- Abstention ou surveillance, notamment lorsque le duvet prédomine ou que le rapport bénéfice-risque est défavorable.

Risques et effets indésirables possibles

- Douleur, picotements, chaleur ou inconfort pendant le tir laser.
- Rougeur, œdème périfolliculaire, sensibilité ou démangeaisons transitoires.
- Brûlure, cloque, croûte, suintement ou érosion cutanée.
- Hyperpigmentation ou hypopigmentation, parfois prolongée, surtout après exposition solaire ou sur certains phototypes.
- Cicatrice exceptionnelle, modification de texture ou infection secondaire.
- Réactivation d'un herpès sur une zone prédisposée.
- Réponse insuffisante, irrégulière ou récurrence partielle de la pilosité.
- Hypertrichose paradoxale, notamment sur certaines zones du visage, du cou ou en présence de duvet.
- Atteinte oculaire potentiellement grave en l'absence de protection adaptée; les lunettes doivent être portées par toutes les personnes exposées.
- Réaction allergique ou irritative aux produits appliqués avant ou après la séance.

Contre-indications et situations nécessitant report ou avis médical

- Peau bronzée, coup de soleil, exposition récente ou autobronzant susceptible de modifier la sécurité du traitement.
- Infection, plaie, brûlure, irritation importante, poussée d'herpès ou dermatose active sur la zone.
- Lésion pigmentée suspecte, tatouage ou maquillage permanent sur la zone de tir.
- Traitement ou produit potentiellement photosensibilisant, modifiant la cicatrisation ou la tolérance cutanée.
- Grossesse ou allaitement selon le protocole de précaution du centre et l'évaluation médicale.
- Maladie photosensible, antécédents de réaction anormale à la lumière, trouble de cicatrisation ou risque pigmentaire particulier.
- Toute situation clinique ou médicament nouveau non évalué avant la séance.

Cette liste ne peut pas être exhaustive car les contre-indications dépendent aussi de l'appareil, de sa notice, de la longueur d'onde, des paramètres et de la situation individuelle. Le patient doit signaler tout changement avant chaque séance.

8. Consignes avant, pendant et après les séances

Avant

- ☐ Ne pas arracher les poils par cire, pince, fil ou épilateur pendant la période indiquée par le centre.
- ☐ Raser la zone au moment précisé; ne pas raser si le centre demande de laisser quelques poils visibles pour l'évaluation.
- ☐ Éviter soleil, UV et autobronzant selon les délais personnalisés et les recommandations de l'appareil.
- ☐ Signaler tous les médicaments, compléments et produits topiques, même ceux pris sans ordonnance.
- ☐ Prévenir le centre en cas de peau irritée, infectée, bronzée, blessée ou de changement d'état de santé.
- ☐ Ne pas appliquer de crème anesthésiante sans prescription ou consigne précise.
- ☐ Venir avec une peau propre et respecter les consignes spécifiques à la zone.

Pendant

- ☐ Porter la protection oculaire adaptée pendant toute la durée d'exposition.
- ☐ Signaler immédiatement toute douleur inhabituelle, sensation de brûlure ou symptôme anormal.
- ☐ Ne pas retirer les protections ni regarder la source lumineuse.

Après

- ☐ Suivre les soins apaisants et les conseils de protection solaire remis par le centre.
- ☐ Éviter les frottements, la chaleur intense et les produits irritants tant que la peau reste réactive.
- ☐ Ne pas gratter, percer ni arracher une croûte ou une cloque.
- ☐ Contacter rapidement le centre en cas de réaction importante ou persistante.
- ☐ Déclarer tout événement indésirable grave ou inhabituel selon les modalités expliquées par le centre.

9. Modalités de signalement des effets indésirables

Le patient contacte en priorité le centre pour tout effet indésirable survenu pendant ou après une séance. En cas d'urgence ou de signe grave, il contacte les services d'urgence. Un événement lié à un acte ou dispositif sans finalité médicale peut également être déclaré sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables. Le professionnel déclare les incidents graves selon les obligations applicables.

Coordonnées de contact du centre en cas de réaction : 06 72 39 14 12

Consigne d'urgence spécifique : _____

10. Déclarations du patient et consentement éclairé

Je soussigné(e) : _____, né(e) le _____, déclare :

- ☐ avoir reçu une information orale, claire, compréhensible et adaptée à ma situation;
- ☐ avoir lu la fiche d'information et avoir pu poser toutes mes questions;
- ☐ avoir signalé mes antécédents, traitements, expositions solaires et informations utiles;
- ☐ comprendre que le résultat est variable, qu'aucun nombre de séances ni résultat total ne peut être garanti;
- ☐ comprendre les alternatives, les limites et les risques, notamment brûlure, troubles pigmentaires, cicatrice, réponse insuffisante, repousse paradoxale et risque oculaire;
- ☐ m'engager à signaler tout changement de santé, médicament, bronzage, grossesse ou réaction avant chaque séance;
- ☐ accepter le port obligatoire de protections oculaires;
- ☐ comprendre que je peux retirer mon consentement ou demander l'interruption du protocole à tout moment;
- ☐ avoir été informé(e) que le professionnel peut reporter ou refuser une séance pour raison de sécurité.

Le consentement écrit complète l'information orale; il ne constitue pas une renonciation aux droits du patient et ne transfère pas au patient la responsabilité du professionnel.

Décision : ☐ Je consens au protocole proposé ☐ Je souhaite un délai de réflexion ☐ Je refuse le traitement

Photographies cliniques pour le seul dossier de prise en charge : ☐ J'accepte ☐ Je refuse

Toute utilisation d'images à des fins d'enseignement, de communication ou de publication nécessite une autorisation distincte, spécifique et facultative.

Fait à :

Le :

Signature du patient :

Signature du médecin :

Nom et signature du représentant légal si mineur :

Nom et signature du professionnel remettant la fiche :

Date de remise d'un exemplaire au patient :

Date de conservation au dossier :

11. Protection des données et modalités de retour du formulaire

Les informations recueillies sont des données de santé. Elles doivent être limitées à ce qui est nécessaire à l'évaluation, à la sécurité, au suivi et aux obligations réglementaires. Elles sont accessibles uniquement aux personnes habilitées participant à la prise en charge ou à la gestion réglementaire du dossier.

Ne transmettez pas ce formulaire complété par une messagerie électronique ordinaire. Apportez-le imprimé au rendez-vous ou utilisez uniquement un portail ou une messagerie de santé sécurisée indiqué(e) par le centre.

Responsable du traitement : _____

Contact pour l'exercice des droits : _____

Canal sécurisé accepté pour le retour du formulaire : _____

La fiche d'information datée et signée est conservée par l'exploitant pendant trois ans. Pour les actes laser, la preuve des vérifications avant, pendant et après les séances est conservée dans un document nominatif pendant trois ans après la dernière séance. Les autres éléments du dossier sont conservés selon les règles applicables au dossier médical et à l'activité du centre.

12. Traçabilité des vérifications et des séances - réservé au professionnel

Avant chaque séance : vérifier l'absence de signe évocateur de contre-indication, l'état cutané, l'exposition solaire et les changements médicaux; adapter les paramètres au phototype; contrôler l'absence d'effet indésirable à l'issue de la séance.

N°	Date	Zone	Peau / phototype	Contre-indication ?	Appareil / paramètres	Réaction immédiate	Initiales / signature
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Événement indésirable / modification du protocole

Déclaration effectuée le cas échéant le : _____

Décision de poursuite, adaptation ou arrêt : _____

Références et validation du document

Références réglementaires et professionnelles principales :

- Code de la santé publique, articles D.1151-1 à D.1151-11, notamment D.1151-4, D.1151-6 et D.1151-7.
- Décret n° 2024-470 du 24 mai 2024 relatif aux actes d'épilation à la lumière pulsée intense et au laser à visée non thérapeutique.
- Conseil national de l'Ordre des médecins : information et consentement libre et éclairé du patient.
- CNIL : sécurité des données de santé et principe de minimisation des données collectées.
- Notice et recommandations du fabricant de chaque appareil utilisé au centre.

Avant mise en ligne et utilisation : compléter les mentions légales, vérifier les contre-indications propres aux appareils, faire relire le document par l'assureur en responsabilité civile professionnelle et, si possible, par le conseil juridique du centre.

Version validée par : _____

Fonction : _____

Date d'entrée en vigueur : _____

Date de prochaine révision : _____