

Bénéficiaire de l'acte :

**CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRE CONCERNANT
LE TRAITEMENT PAR LASER CO2 GYNELASE DE LA SOCIETE INTERMEDIC**

Description du traitement :

Il s'agit d'une nouvelle solution médicale laser, efficace, sûre, confortable, sans complications ni risques, qui améliore la qualité de vie intime des femmes chez qui les grossesses, les accouchements, la suite des traitements liés au cancer du sein et la ménopause ont laissé des séquelles.

L'objectif général est de fournir un traitement satisfaisant pour :

- La sécheresse vaginale et/ou douleurs dans les rapports intimes
- Le syndrome de relâchement vaginal
- L'atrophie vaginale
- L'incontinence urinaire d'effort et envies impérieuses

Procédure :

Seuls les médecins sont autorisés à manipuler les lasers de classe IV, c'est votre médecin lui-même qui effectue le traitement, à chacune des séances.

Le laser Gynelase délivre l'énergie sous forme d'impulsions fractionnées et provoque le réchauffement du tissu et le resserrement de ses fibres de collagène.

Cet effet thermique a pour conséquence une rétraction du tissu et la production de nouveau collagène qui va permettre le renouvellement et le remodelage de la muqueuse vaginale.

C'est une solution douce et efficace, non invasive (donc sans chirurgie), qui offre des résultats très satisfaisants.

Ce traitement est indolore sur la partie profonde du vagin, une anesthésie locale sera effectuée sur les derniers centimètres.

Le nombre de séances et leur durée seront déterminés par le médecin lors de la consultation initiale :

Dans votre cas, le protocole nécessite séances espacées de..... semaines.

Le montant des honoraires par séance est de

Je certifie que j'ai lu et compris toutes les informations qui m'ont été présentées durant la consultation initiale, avant de signer le document de consentement mutuel. J'ai eu l'opportunité de poser toutes les questions, et les réponses m'ont été apportées.

Aussi j'autorise le Dr..... à réaliser le protocole de traitement.

Date :.....

Nom du patient

Dr.....

« Lu et approuvé »

DEVIS

NOM :

PRENOM :

NE(e) le :

ADRESSE :

LIEU INTERVENTION :

CLMO Lyon Ouest – CLMO Lyon Est – CLMO du Pays d’Aix - CLMO de Saint Etienne

TYPE LASER : le laser CO2 GYNELASE

ZONES A TRAITER	PRIX/SEANCE

Nombres de séances :

Il s’agit d’un acte esthétique, les examens, l’intervention, les prescriptions, l’éventuel arrêt de travail ne pourra être pris en charge par l’assurance maladie.

Je reconnais avoir reçu de la part du Dr toutes les informations nécessaires à ma décision.

J’ai reçu les informations objectivant les différents stades d’évolution après le traitement, dont certains éléments peuvent varier en fonction de mon cas particulier, ou de l’évolution des techniques. Les incidents ou complications éventuels m’ont été exposés.

D’un commun accord, il est convenu que doit être respecté un délai minimum de 15 jours entre la remise de ce document et l’intervention éventuelle. C’est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée. Ce délai peut toutefois être réduit à 7 jours, à la demande expresse du patient, qui devra mentionner lui-même et de manière manuscrite et signée, cette demande sur le présent devis.

Un consentement mutuel éclairé concernant le traitement vous a été remis ce jour.

Devis établi en double exemplaires le : – Validité 6 mois.

Signature du médecin :

Signature du patient : (précédée de « *devis reçu avant l’exécution de la prestation de service* »)

Acceptation du devis signé par le patient :

Signature (précédée « *devis accepté après réflexion* »).

QUESTIONNAIRE MEDICALE

NOM DE LA PATIENTE :

NOM DU MEDECIN :

DATE :

NOMBRE DE GROSSESSES A TERME

OUI

NON

Détail :

CURETAGE

OUI

NON

Détail :

CESARIENNE

OUI

NON

Détail :

SUIVI GYNECOLOGIQUE

OUI

NON

FROTTIS DANS L'ANNEE

OUI

NON

Détail :

INFECTION URINAIRE RECENTE

OUI

NON

Détail :

**INFECTIONS MYCOLOGIQUES
Ou BACTERIENNES RECENTES :**

OUI

NON

Détail :

ANTECEDENTS DE CONDYLOMES

OUI

NON

Détail :