



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Après lecture du document préalable, je donne mon accord pour effectuer des séances de stimulation des glandes de Meibomius par lumière pulsée (lampe flash) avec l'appareil **E-Eye**.



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date et signature

(signature d'un parent au moins pour les mineurs)

QUESTIONNAIRE DE COMPATIBILITÉ

L'**E•Eye** ne doit pas être utilisé sur les personnes incompatibles avec un traitement par lumière pulsée.

En cas de doute sur une pathologie et/ou un traitement en cours, veuillez le signaler avant la séance. Si votre état de santé évolue entre deux séances, veuillez le signaler à votre médecin traitant.



Veuillez remplir le questionnaire suivant :

	Séance 1		Séance 2		Séance 3		Séance 4 (optionnel)	
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Êtes-vous enceinte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous déjà eu des réactions allergiques au soleil?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Étiez-vous exposé aux rayons UV de haute pression dans les derniers dix jours?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu ce dernier temps un coup de soleil au visage dont la guérison date de moins d'un mois?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous déjà eu des maladies de peau au visage?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous des infections dans la zone où sera appliquée la lumière pulsée?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Êtes-vous sous un traitement qui provoque une sensibilité à la lumière?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous des tatouages ou un maquillage permanent dans la zone où sera appliquée la lumière pulsée?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prenez-vous des compléments alimentaires pour bronzer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utilisez-vous actuellement des autobronzants?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous une peau foncée (type VI de sensibilité à la lumière)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Êtes-vous diabétique?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Êtes-vous épileptique?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Portez-vous un stimulateur cardiaque?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐