**Groupe LASER de la S.F.D.**

**Déclaration anonyme d’Effet Secondaire imprévu** (cf 1et 2 en verso)

**Date de la déclaration : \_\_/ \_\_/ \_\_ Initiales du médecin : \_\_ \_\_ \_\_**

**Initiales du patient : \_\_ \_\_ \_\_ Age du patient : \_\_ \_\_ \_\_ Phototype :**  \_\_

**Nature de l’effet secondaire:**

**Hypochromie : Achromie : Infection (cf 3 en verso) :**

**Cicatrice atrophique : Cicatrice chéloïde : Cicatrice hypertrophique :**

**Hyperpigmentation durable (> à 3 mois) : Œdème durable (>1mois) :**

**Erythème persistant : Brulure 2ème degré :   Nécrose ou ulcération :**

**Aggravation de la pathologie traitée : Hyperpilosité paradoxale :**

**Evénement Indésirable Grave (cf description n°4 en page 2) :**

**Autre effet secondaire non précisé ci-dessus:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zone traitée :** ………………………………………………… **Indication** …………………………………………………

**Technique responsable de l’ES (cf explicat° n°5):** ……………………….…………………….………………..

**Paramètres :**………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date du traitement : \_ \_ \_ \_ \_ \_ Date d’apparition de l’ES : \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Relation de l’ES avec le traitement**: ………………………..

(1=aucune 2=improbable 3=possible 4=probable 5=certaine 6=indéterminable)

**Commentaires sur l’imputabilité :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …….…….

**Etait-ce la première séance de ce type** **?**  (Non ? Oui ?)…..…

**Commentaires ( et description précise de l’effet secondaire et des traitements entrepris, en précisant l’évolution de l’ES, la récupération totale ou non, avec séquelles) :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Traitements correcteurs ? oui : non : si oui, lesquels :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

**Date de fin de l’ES: \_ \_ \_ \_ \_ \_ ou ES toujours présent ?** (Non ? Oui ?)…..…..

**L’ES a-t-il fait l’objet d’une déclaration à une compagnie d’assurance** ?(Non ? Oui ?)…….…

**EXPLICATIONS**

1. **Un effet secondaire « imprévu » doit être différencié** des suites prévisibles, habituelles d’une technique : par exemple, les effets secondaires précisés au patient, préalablement au traitement, n’en sont pas.

Ainsi, on peut **exclure** les érythèmes post lasers persistant quelques jours, le purpura d’une photothermolyse sélective, l’œdème transitoire d’un laser vasculaire, l’œdème folliculaire d’un laser épilatoire, les croutelles (voire le suintement d’une durée de quelques jours) d’un laser fractionné ablatif, les croutes d’une durée de quelques jours d’un Q Switched, etc.…

En théorie, ces effets secondaires transitoires et bénins ont été précisés dans la feuille d’information remise au patient lors de la réalisation du devis préalable et de la remise du consentement éclairé…

**(2)** Les techniques ici concernées sont : les lasers, les lampes pulsées, les LED, la photothérapie dynamique, les ultra-sons, les radiofréquences, la cryolipolyse.

**Ce questionnaire du Groupe Laser ne concerne pas les techniques d’injection…**

**(3)** En cas d’infection, préciser le type d’infection (herpès ? candidose ? staphylocoque ? etc.…), son évolution, et si un traitement préventif avait été réalisé (ex. : antiviral pour herpès…), ainsi que le traitement anti-infectieux prescrit, son délai d’efficacité, sa durée de prescription.

**(4)** Sont définis "**Evénements Indésirables Graves** " les conséquences d'une pathologie apparaissant à la suite d’un traitement, et figurant dans la liste ci- après :

- **décès** quelle qu'en soit la cause,

- **hospitalisation** liée à la pathologie apparue,

- **prolongation** d’hospitalisation liée à la pathologie apparue,

- **invalidité** ou **incapacité** résultant de la pathologie apparue,

- **menace** **vitale** quelle qu'en soit la cause,

- apparition d'un **cancer**,

**Ce, même si la relation de cause à effet avec les traitements est apparemment exclue**.

**(5) Préciser le type de technique (ex**. : LCP, Alexandrite, RF bipolaire, IPL, etc.…), la marque, le modèle, le type de refroidissement épidermique associé (si pertinent), les paramètres (énergie, durée d’impulsion, type de pièce à main, etc.…)

Une fois rempli, veuillez adresser ce formulaire au Groupe Laser,

par email : RESO.Lasersderm@gmail.com

Afin de référencer cet ES dans le registre, nous vous proposons d’indiquer vos numéros de département, et de téléphone portable : Dept = …..

 Portable : ……………………….…….

Cet ES sera ainsi enregistré anonymement.