

PATIENT

Nom :

Âge :

Prénom :

FICHE D'INFORMATION

Traitement par Lumière Intense Pulsée (IPL) dans la sécheresse oculaire

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'un traitement par lumière intense pulsée pour votre sécheresse oculaire liée à un déficit des glandes de Meibomius et/ou des glandes lacrymales, ou encore à une lésion inflammatoire de la peau.

Contexte actuel de la sécheresse oculaire

La sécheresse oculaire est une pathologie très fréquente et multifactorielle. Dans la majorité des cas, elle est liée à un dysfonctionnement des glandes de Meibomius au niveau de vos paupières et /ou des glandes lacrymales.

Quelles sont les solutions actuelles pour traiter l'œil sec ?

- Chauffage et massage manuel des paupières
- Hygiène des paupières
- Substituts lacrymaux (larmes, gel)
- Lentilles sclérales en cas d'échec thérapeutique et de sécheresse très sévère
- Traitement par lumière intense pulsée (IPL)

Quels sont les principes du traitement par lumière intense pulsée (IPL) ?

Un IPL est un appareil qui génère une lumière intense pulsée (flash). Le système IPL est conçu de manière à convenir à la majorité de types de peau.

Le flash est transmis sur la peau et aura plusieurs actions :

- Stimulation du nerf parasympathique et accélération du métabolisme des glandes de Meibomius et des glandes lacrymales.
- Diminution de l'inflammation de la peau (type rosacée) et des paupières (type blépharite).
- Diminution du Démodex

Comment va se dérouler le traitement ?

Le traitement par lumière intense pulsée est une option thérapeutique proposée par votre ophtalmologiste qui peut venir en complément d'autres solutions de traitement.

- Traitement simple et rapide
- 4 tirs sur la joue
- 3 séances
- Traitement sûr et indolore



PATIENT

Nom :

Âge :

Prénom :

Quels sont les résultats d'études cliniques ?

Les résultats des études cliniques sur la technologie IPL sont :

- L'amélioration de la qualité du film lacrymal
- L'amélioration de nombreux symptômes : sensation de sécheresse, sensation de corps étrangers dans l'œil, démangeaisons, sensation de brûlure, fatigue oculaire, troubles de la vision, sensibilité à la lumière, larmoiement, douleur.

Quelles sont les contre-indications ?

Le système IPL ne peut pas être utilisé dans les cas ci-dessous. Tout traitement médicamenteux en cours ou débuté pendant votre traitement par lumière intense pulsée doit être indiqué à votre médecin ainsi que toute évolution de votre état de santé durant ce protocole de traitement.

	Séance 1		Séance 2		Séance 3		Séance 4 (Optionnelle)	
	Date		Le .../.../...		Le .../.../...		Le .../.../...	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Peau blessée, brûlée ou infectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Des précautions sont nécessaires en cas de grossesse ou d'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Exposition aux rayonnements UV artificiels, ou utilisation d'autobronzant depuis moins de 2 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Consultation dermatologique indispensable en cas d'antécédents cutanés du visage : cancer, vitiligo, psoriasis, lupus érythémateux, chéloïdes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Traitement photo-sensibilisant en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Antécédent d'hypersensibilité au soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Accord du patient majeur

Le Docteur m'a proposé un traitement de la sécheresse oculaire par lumière intense pulsée. Il m'a bien expliqué les bénéfices et risques liés à un traitement par lumière intense pulsée. Je soussigné(e), Madame / Monsieur donne mon accord pour l'instauration de ce traitement et le recueil de mes données personnelles ci-dessus.

Accord du représentant légal du patient mineur

Le Docteur a proposé un traitement de la sécheresse oculaire par lumière intense pulsée à, patient mineur, dont je suis le représentant légal. Il m'a bien expliqué les bénéfices et risques liés à un traitement par lumière intense pulsée. Je soussigné(e) Madame / Monsieur, donne mon accord pour l'instauration de ce traitement et le recueil des données personnelles du patient mineur ci-dessus.

SIGNATURE

A

Le