

RELIFE CLINIC THERAPY

Quai des Péniches, 69
1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : Dissolution de Graisse

Nom, Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Numéro de Téléphone : _____

Adresse Mail : _____

Questionnaire Médical :

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? OUI / NON

Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON

Souffrez-vous d'une maladie auto-immune, hépatique ou rénale ? OUI / NON

Présentez-vous une infection ou irritation sur la zone à traiter ? OUI / NON

Prenez-vous des anticoagulants ou un traitement médical régulier ? OUI / NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement de réduction graisseuse ? OUI / NON

Informations sur le traitement :

La dissolution de graisse consiste à injecter un produit destiné à détruire progressivement les cellules graisseuses localisées. Le traitement est indiqué pour certaines zones présentant des amas graisseux modérés et ne constitue pas un traitement de l'obésité ni une méthode de perte de poids. Plusieurs séances peuvent être nécessaires selon la zone traitée et les caractéristiques du patient.

Effets secondaires, risques et recommandations :

1. Rougeurs, gonflements et sensibilité de la zone traitée.
2. Douleurs, sensation de brûlure ou démangeaisons temporaires.
3. Hématomes ou induration temporaire.
4. Asymétrie ou irrégularités transitoires.
5. Risque d'infection, de réaction allergique ou inflammatoire.
6. Résultat progressif nécessitant parfois plusieurs séances.
7. Aucune garantie de résultat précis ne peut être donnée.

Recommandations Post-Traitement :

- Éviter sport intensif pendant 48 heures.
- Éviter sauna, hammam, UV et exposition solaire pendant une semaine.
- Maintenir une bonne hydratation.
- Respecter les recommandations du praticien.
- Contacter la clinique en cas de douleur importante ou réaction inhabituelle.

Informations relatives à la vie privée :

Des photos peuvent être prises avant/après pour le suivi médical.

■ J'autorise le partage de mes résultats

■ J'autorise le partage partiel (flouté)

■ Je n'autorise pas le partage

Consentement :

Je soussigné(e) certifie avoir reçu une explication complète concernant le traitement de dissolution de graisse, ses bénéfices attendus, ses limites, ses risques, ses alternatives et les éventuelles séances complémentaires nécessaires. J'ai pu poser toutes mes questions et accepte le traitement en toute connaissance de cause.

Je comprends qu'aucun résultat précis ou définitif ne peut être garanti et que les résultats varient selon les caractéristiques individuelles de chaque patient.

Date : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :