

RELIFE CLINIC THERAPY

Quai des Péniches, 69 – 1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : PRP Cheveux

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Questionnaire médical :

- Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? OUI / NON
- Souffrez-vous d'une maladie auto-immune, d'un cancer ou d'une infection active ? OUI / NON
- Présentez-vous des troubles de la coagulation ? OUI / NON
- Prenez-vous des anticoagulants ou anti-inflammatoires ? OUI / NON
- Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON

Description du traitement :

Le PRP (Plasma Riche en Plaquettes) consiste à prélever un échantillon de votre sang, à en extraire les plaquettes puis à les réinjecter au niveau du cuir chevelu afin de stimuler la repousse capillaire et améliorer la qualité des cheveux.

Effets secondaires, risques et limites :

1. Douleur légère, rougeur, sensibilité ou petits hématomes au point d'injection.
2. Gonflement temporaire du cuir chevelu.
3. Résultats variables selon l'âge, la cause de la chute de cheveux et la réponse individuelle.
4. Plusieurs séances sont généralement nécessaires.
5. Aucun résultat garanti.

Contre-indications :

- Infection active du cuir chevelu
- Troubles sévères de la coagulation
- Maladie auto-immune non stabilisée
- Cancer en cours de traitement
- Grossesse ou allaitement (par précaution)

Recommandations post-traitement :

- Ne pas laver les cheveux pendant 12 à 24 heures.
- Éviter coloration, brushing agressif et produits irritants pendant 48 heures.
- Éviter sauna, hammam, sport intensif et soleil pendant 48 heures.
- Ne pas prendre d'anti-inflammatoires sans avis médical.

Photographies médicales :

- J'autorise le partage de mes résultats
- J'autorise le partage partiel (flouté)
- Je n'autorise pas le partage

Consentement :

Je soussigné(e) reconnais avoir reçu toutes les informations relatives au traitement PRP cheveux, à ses bénéfices, ses risques, ses alternatives et ses limites. J'ai pu poser toutes mes questions et j'accepte de réaliser ce traitement en toute connaissance de cause.

Date : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :