

RELIFE CLINIC THERAPY

Quai des Péniches, 69
1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : Vitaminothérapie Intraveineuse

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Questionnaire Médical :

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

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

Avez-vous du diabète ? OUI / NON

Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON

Prenez-vous actuellement un traitement médical ? OUI / NON

Avez-vous déjà présenté une réaction à une perfusion ou à un complément vitaminique ? OUI / NON

Avez-vous déjà eu un déficit en G6PD connu ? OUI / NON

Informations sur le traitement :

La vitaminothérapie intraveineuse consiste à administrer directement dans la circulation sanguine un mélange de vitamines, minéraux, acides aminés et/ou antioxydants sélectionnés en fonction de vos besoins. Cette approche vise à soutenir le bien-être général, l'énergie, la récupération et l'hydratation. Les résultats peuvent varier d'une personne à l'autre et aucune garantie de résultat ne peut être donnée.

Effets secondaires, risques et limitations :

1. Douleur, rougeur ou ecchymose au point de perfusion.
2. Sensation de froid dans le bras pendant l'administration.
3. Nausées, vertiges ou maux de tête temporaires.
4. Réaction allergique ou hypersensibilité (rare).
5. Inflammation de la veine (phlébite) ou irritation locale (rare).
6. Risque d'infection lié à toute procédure impliquant une ponction veineuse.
7. Les bénéfices ressentis sont variables selon les individus.

Recommandations après la perfusion :

- Boire suffisamment d'eau après le traitement.
- Signaler immédiatement tout symptôme inhabituel.
- Respecter les recommandations données par le professionnel de santé.

Informations relatives à la vie privée :

Des photos peuvent être prises avant/après pour le suivi médical et la communication, sous réserve de votre accord.

☐ 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 toutes les informations concernant la vitaminothérapie intraveineuse, ses bénéfices potentiels, ses limites, ses risques et ses alternatives. J'ai pu poser toutes mes questions et j'accepte librement de recevoir ce traitement.

Date : ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :