RELIFE CLINIC THERAPY
Quai des Péniches, 69 - 1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : Exosomes

Nom, Prénom : _____
Date de Naissance : _____
Numéro de Téléphone : _____
Adresse Mail : _____

Questionnaire Médical :
Êtes-vous enceinte / allaitez-vous ? OUI / NON
Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON
Avez-vous des problèmes de santé particuliers ou une maladie auto-immune ? OUI / NON
Présentez-vous une infection ou irritation de la zone à traiter ? OUI / NON
Prenez-vous des médicaments ? OUI / NON
Avez-vous des antécédents de cicatrisation anormale, de pigmentation post-inflammatoire ou d'herpès sur la zone à traiter ? OUI / NON

Informations sur le traitement :
Le traitement par exosomes consiste à appliquer un produit contenant des exosomes selon le protocole défini par le médecin et adapté à la zone traitée. La technique utilisée, la zone d'application et le mode d'administration doivent être précisés avant le traitement.
Technique / mode d'administration prévu : _____
Zone(s) traitée(s) : _____
Produit / dénomination : _____
Fabricant / producteur : _____
Importateur, le cas échéant : _____
Référence / lot : _____ Quantité : _____

Effets secondaires et risques :
• Rougeurs, gonflements, sensibilité, chaleur ou inconfort temporaires.
• Petites papules, micro-saignements, croûtes ou hématomes, notamment si le protocole comprend des micro-perforations ou des injections.
• Démangeaisons ou irritation transitoire.
• Risque d'infection ou de réaction inflammatoire.
• Risque de réaction allergique ou d'intolérance, notamment en fonction de la composition du produit utilisé.
• Possibilité de troubles pigmentaires ou de cicatrisation, en particulier chez les personnes prédisposées.
• Réactivation d'un herpès sur une zone concernée, chez les personnes prédisposées.
• Résultats variables selon les patients et absence de garantie de résultat.
• Les risques à long terme et les effets indésirables peuvent dépendre du produit, de son origine, de sa composition et de la voie d'administration. Le médecin doit fournir les informations spécifiques au produit utilisé.

Recommandations Post-Traitement :
• Respecter les recommandations spécifiques communiquées par le médecin.
• Éviter le maquillage, les produits irritants et les manipulations de la zone traitée pendant la période indiquée par le médecin.
• Éviter sauna, hammam, UV et exposition solaire importante pendant la période indiquée par le médecin.
• Éviter le sport intensif pendant 24 à 48h ou selon les recommandations du médecin.
• Contacter la clinique ou le médecin en cas de réaction inhabituelle, importante ou persistante.

Informations relatives à la vie privée :
■ J'autorise le partage de mes résultats
■ J'autorise le partage partiel (flouté)
■ Je n'autorise pas le partage

Informations légales et identification du praticien :
Nom et prénom du médecin : _____

Titre professionnel : _____
Coût du traitement : _____ €

Consentement :
Je soussigné(e) certifie avoir reçu, avant la réalisation du traitement, les informations relatives à la technique envisagée, au produit utilisé, à ses bénéfices attendus, à ses risques, à ses éventuelles alternatives et aux recommandations post-traitement. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et comprends que les résultats peuvent varier d'une personne à l'autre. J'accepte le traitement en toute connaissance de cause.

Date : _____ / _____ / _____

Signature du/de la patient(e), précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature du médecin :