RELIFE CLINIC THERAPY

Quai des Péniches, 69 - 1000 Bruxelles

Formulaire de Consentement Éclairé : Microneedling médical

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, une irritation ou une poussée inflammatoire sur la zone à traiter ? OUI / NON

Prenez-vous des médicaments, notamment des anticoagulants ou des traitements pouvant influencer la cicatrisation ? OUI / NON

Avez-vous des antécédents de cicatrisation anormale ou de chéloïdes ? OUI / NON

Avez-vous des antécédents d'herpès sur la zone à traiter ? OUI / NON

Informations sur le traitement :

Le microneedling médical est une technique qui consiste à réaliser de micro-perforations contrôlées de la peau à l'aide d'un dispositif médical afin de stimuler les mécanismes naturels de réparation cutanée et la production de collagène. Le protocole est adapté par le médecin à la zone traitée, au type de peau et aux objectifs du patient.

Zone(s) traitée(s) : _____

Dispositif / produit utilisé : _____

Profondeur / paramètres du traitement : _____

Effets secondaires et risques :

• Rougeurs, chaleur, sensibilité, sensation de brûlure ou gonflement temporaires.

• Petits saignements ponctuels, croûtes ou hématomes possibles selon la profondeur du traitement.

• Sécheresse, desquamation ou irritation transitoire.

• Risque d'infection si les soins post-traitement et les règles d'hygiène ne sont pas respectés.

• Risque de modification temporaire ou, plus rarement, persistante de la pigmentation.

• Risque de cicatrisation anormale chez les personnes prédisposées.

• Une poussée d'herpès peut survenir chez les personnes ayant des antécédents.

• Les résultats varient selon les patients et plusieurs séances peuvent être nécessaires.

Recommandations Post-Traitement :

• Respecter les recommandations communiquées par le médecin.

• Éviter de toucher ou de manipuler inutilement la zone traitée.

• Éviter le maquillage pendant au moins 24 heures ou selon les recommandations du médecin.

• Éviter les produits irritants ou exfoliants jusqu'à récupération complète de la peau.

• Éviter sauna, hammam, piscine, UV et exposition solaire importante pendant la période indiquée par le médecin.

• Utiliser une protection solaire adaptée selon les recommandations du médecin.

• Éviter le sport intensif pendant 24 à 48 heures ou selon les recommandations du médecin.

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

Identification du médecin :

Nom et prénom : _____

Titre professionnel : _____

Consentement :

Je soussigné(e) certifie avoir reçu toutes les informations relatives au microneedling médical, ses bénéfices attendus, ses risques, ses éventuelles alternatives et les recommandations post-traitement. J’ai pu poser les questions que je souhaitais et ai reçu des réponses compréhensibles. Je comprends que les résultats peuvent varier d’une personne à l’autre et j’accepte le traitement en toute connaissance de cause.

Date : ____ / ____ / _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature du médecin :