

Consentement à la restauration capillaire (PRP / Greffe)

Consentement éclairé pour les traitements de restauration capillaire, notamment les injections de PRP au cuir chevelu, le microneedling et les procédures d'extraction d'unités folliculaires

Informations du client

Prénom *

Nom *

Adresse e-mail *

Numéro de téléphone *

Date de naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du traitement

Traitement *

- | | |
|---|--|
| ☐ Injections de PRP au cuir chevelu | ☐ PRP avec microneedling |
| ☐ Greffe par extraction d'unités folliculaires (FUE) | ☐ Greffe FUE des sourcils / barbe |
| ☐ Thérapie par exosomes ou facteurs de croissance | ☐ Autre |

Zones *

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Sommet du crâne | ☐ Ligne des cheveux / Tempes | ☐ Amincissement diffus |
| ☐ Sourcils | ☐ Barbe | ☐ Couverture de cicatrices |

Depuis combien de temps avez-vous remarqué une perte de cheveux ? *

- ☐ Moins d'1 an ☐ 1 à 5 ans ☐ Plus de 5 ans

Un médecin a-t-il diagnostiqué la cause de votre perte de cheveux ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Traitements essayés jusqu'à présent (minoxidil, finastéride, suppléments, PRP ou greffe antérieur)

Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte, essayez-vous de concevoir ou allaitez-vous ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous l'un des éléments suivants ?

- ☐ Maladie auto-immune (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, etc.)
- ☐ Trouble de la coagulation ou anticoagulants
- ☐ Diabète
- ☐ Antécédents de cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques
- ☐ Cancer (actuel ou au cours des 5 dernières années)
- ☐ Immunosupprimé / trouble immunitaire
- ☐ Aucun de ce qui précède

Avez-vous une infection active du cuir chevelu, un psoriasis, une folliculite ou des plaies ouvertes ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une alopécie aréata, une alopécie cicatricielle ou une maladie capillaire auto-immune ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un trouble des plaquettes ou du sang, ou prenez-vous des anticoagulants ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pris de l'isotrétinoïne (Accutane) au cours des 6 derniers mois ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Fumez-vous ou ne vapotez-vous de la nicotine ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? *

- ☐ Oui ☐ Non

Médicaments et suppléments actuels

Allergies (médicaments, latex, lidocaïne, anesthésiques)

Risques et complications

Risques et complications potentiels :

- Sensibilité, gonflement et ecchymoses du cuir chevelu pendant plusieurs jours ; gonflement du front après un traitement de la ligne des cheveux
- Saignement aux sites d'injection ou d'extraction
- Infection ou folliculite
- Chute temporaire des cheveux existants (chute choc) 2 à 8 semaines après le traitement, généralement en reprise
- Engourdissement ou altération de la sensation du cuir chevelu, généralement temporaire
- Petites cicatrices ponctuelles dans la zone donneuse après FUE ; amincissement visible de la zone donneuse en cas de surrécolte
- Mauvaise survie des greffes, ligne des cheveux artificielle ou densité inégale nécessitant d'autres séances
- Kystes ou poils incarnés aux sites de greffe
- Aucune réponse — les résultats du PRP varient et nécessitent une série de 3 à 4 séances plus un entretien ; la perte de cheveux continue dans les zones non traitées

Les résultats deviennent visibles après 3 à 6 mois (PRP) ou 9 à 12 mois (greffe).

Je comprends que les résultats de la restauration capillaire sont graduels, varient entre les individus, peuvent nécessiter une série de traitements et une thérapie médicale continue, et qu'aucune densité ou couverture spécifique n'a été garantie.

Je comprends que les résultats varient et prennent des mois: _____

Je comprends les risques de saignement, d'infection, de chute choc, de cicatrisation, d'engourdissement et de mauvaise survie des greffes, et j'ai divulgué tous les médicaments, les conditions du cuir chevelu et l'utilisation de nicotine.

Je comprends les risques chirurgicaux et d'injection: _____

Autorisation de photo

Pouvons-nous prendre des photos avant et après pour votre dossier de traitement ? *

- ☐ Oui — pour mon dossier médical uniquement
- ☐ Oui — et vous pouvez les utiliser anonymement à des fins de marketing
- ☐ Non

Journal de service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Zone	Traitement / Greffes / Volume	Notes
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et signature

Je consens volontairement au traitement de restauration capillaire sélectionné ci-dessus. J'ai été informé des avantages, des risques, des alternatives (y compris la thérapie médicale et l'absence de traitement) et des complications potentielles. Je comprends qu'il s'agit d'une intervention élective et qu'aucune garantie de résultat n'a été faite. Je libère le prestataire et le cabinet de toute responsabilité liée à ce traitement sauf en cas de négligence.

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.