

Consentement pour Thérapie IV / Perfusion de Vitamines

Consentement éclairé pour perfusions de vitamines IV, thérapie d'hydratation et perfusions de nutriments

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails de la Perfusion

Perfusion Demandée *

- ☐ Hydratation (Sérum Physiologique / Solution de Lactate de Ringer)
- ☐ Perfusion de Vitamine C
- ☐ Cocktail de Myers (Vitamines B, C, Magnésium, Calcium)
- ☐ Perfusion NAD+
- ☐ Glutathion (Éclaircisseur de Peau)
- ☐ Renforcement Immunitaire (Zinc, Vitamine C, B12)
- ☐ Récupération Athlétique
- ☐ Récupération de Gueule de Bois
- ☐ Mélange Personnalisé

Compléments (le cas échéant)

- ☐ Injection de B12
- ☐ Biotine
- ☐ Zofran (anti-nausée)
- ☐ Toradol (anti-inflammatoire)
- ☐ Aucun

Dépistage de Santé

Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitante ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous une maladie rénale ou êtes-vous en dialyse ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque congestive ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous des allergies connues aux vitamines, suppléments ou produits de contraste IV ? *

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire

Avez-vous l'une des conditions suivantes ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabète | ☐ Hypertension artérielle |
| ☐ Déficit en G6PD | ☐ Hémochromatose (surcharge en fer) |
| ☐ Aucune des conditions ci-dessus | |

Risques et Informations

Risques Potentiels de la Thérapie IV :

- Douleur, ecchymoses ou gonflement au site de la perfusion
- Infiltration (fuite de liquide dans les tissus environnants)
- Phlébite (inflammation des veines)
- Réaction allergique aux composants de la perfusion
- Infection au site d'injection (rare)
- Embolie gazeuse (extrêmement rare)
- Surcharge liquidienne chez les individus sensibles
- Déséquilibre électrolytique
- Étourdissements ou nausées pendant la perfusion

Important : La thérapie IV n'est pas un substitut au traitement médical. Les résultats varient selon les individus.

J'ai été informé(e) des risques et avantages potentiels de la thérapie IV. Je comprends que ceci est un service de bien-être électif.

Je comprends les risques de la thérapie IV: _____

Journal de Service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Composant	Dose	Débit
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens à la thérapie IV décrite ci-dessus. J'ai divulgué toutes les informations de santé pertinentes et je comprends les risques et avantages. Je comprends que ceci est un service de bien-être électif et non un substitut au traitement médical.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends 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.