

Consentement PRP / Vampire Facial

Consentement éclairé pour la thérapie au Plasma Riche en Plaquettes (PRP) et les traitements de microneedling PRP

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse Email *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Détails du Traitement

Type de Traitement PRP *

- ☐ Facial PRP (Vampire Facial — PRP + Microneedling) ☐ Injections PRP (articulation, cuir chevelu ou peau)
☐ Restauration Capillaire PRP

Zones de Traitement *

- ☐ Visage ☐ Cou ☐ Cuir Chevelu
☐ Sous les Yeux ☐ Mains ☐ Articulation (préciser)

Évaluation de Santé

Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitante? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un trouble de coagulation ou une dysfonction plaquettaire? *

- ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des anticoagulants ou des AINS (aspirine, ibuprofène)? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une infection cutanée active ou un bouton de fièvre dans la zone de traitement? *

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un cancer actif ou une maladie transmissible par le sang? *

- ☐ Oui ☐ Non

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

- ☐ Oui ☐ Non

Risques et Récupération Attendue

À propos du Traitement PRP:

Le PRP utilise votre propre sang, qui est prélevé, traité dans une centrifugeuse pour concentrer les plaquettes, puis appliqué sur la peau par microneedling ou injecté dans les zones ciblées.

Risques Potentiels:

- Ecchymoses, rougeurs et gonflement au site de prélèvement et de traitement
- Douleur ou inconfort pendant le traitement
- Infection (rare)
- Réaction allergique à la crème anesthésiante (le PRP en lui-même utilise votre propre sang)
- Hyperpigmentation temporaire
- Nodules au site d'injection (rare)
- Les résultats varient — plusieurs séances généralement nécessaires

Soins Après Traitement:

- Évitez de toucher la zone traitée pendant 6 heures
- Pas de maquillage pendant 24 heures
- Évitez le soleil, l'exercice, le sauna pendant 48 heures
- Pas de rétinoïdes ou exfoliants pendant 72 heures
- Gardez la peau hydratée

Je comprends que le PRP implique un prélèvement sanguin et les risques associés à la fois au prélèvement et au traitement. Je consens à procéder.

Je comprends les risques et la procédure de prélèvement sanguin: _____

Journal de Service

Réservé à l'usage du cabinet

	Date	Étape	Détail	Notes
Entrée 1				
Entrée 2				
Entrée 3				
Entrée 4				
Entrée 5				
Entrée 6				

Consentement et Signature

Je consens au traitement PRP décrit ci-dessus, y compris le prélèvement sanguin. Je comprends les risques, les bénéfices et les alternatives. J'ai divulgué toutes les informations de santé pertinentes. Je dégage le prestataire de toute responsabilité.

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

J'ai lu et 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.