

Consentement éclairé

Consentement pour une intervention de restauration capillaire

☐ Mme ☐ M.

Nom du patient : _____

Prénom du patient : _____

Date de l'intervention : _____

Nature de l'intervention : _____

Le/la soussigné(e) déclare consentir à une intervention (cocher le type de procédure souhaitée) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FUE Fully shaved | <input type="checkbox"/> FUT (zone receveuse tondue) |
| <input type="checkbox"/> FUE Partially Shaved | <input type="checkbox"/> FUT (sans tonte) |
| <input type="checkbox"/> FUE Patchy | <input type="checkbox"/> BHT- Corps (zone donneuse et receveuse tondues) |
| <input type="checkbox"/> FUE Unshaved | <input type="checkbox"/> BHT-Corps (sans tonte) |
| <input type="checkbox"/> FUE sur cheveux crépus | <input type="checkbox"/> BHT-Barbe (zone donneuse et receveuse tondues) |
| <input type="checkbox"/> FUE Test | <input type="checkbox"/> BHT-Barbe (zone donneuse uniquement tondue) |

☐ PRP

☐ Trichopigmentation

Greffe de sourcils ☐ FUE ☐ FUT

Le/la soussigné(e) comprend que la pratique médicale clinique ne peut être considérée comme une science exacte, que toute énumération des complications possibles ne saurait être complète et qu'aucun engagement concernant le résultat final d'une procédure/intervention ne peut être pris.

Utilisation des photos (cocher la case de votre choix)

☐ Je donne mon accord à la réalisation de documents photographiques (permettant de me reconnaître) avant, pendant et après la procédure/intervention, susceptibles d'utilisation ultérieure dans l'enseignement ou des publications médicales.

☐ Je donne mon accord à la réalisation de documents photographiques (anonymes) avant, pendant et après la procédure/intervention, susceptibles d'utilisation ultérieure *dans l'enseignement ou des publications médicales.*

☐ Je donne mon accord à la réalisation de documents photographiques (anonymes) avant, pendant et après la procédure/intervention, susceptibles d'utilisation ultérieure *dans le cadre privé de son cabinet.*

☐ Je ne souhaite pas que mes photos soient utilisées par le docteur Plovier.

Le/la soussigné(e) déclare :

- Etre suffisamment informé(e) de la nature de l'intervention, son but, ses modalités d'exécution technique et des résultats que je peux espérer atteindre.
- Avoir eu l'opportunité de poser toutes les questions qu'il souhaitait et avoir reçu une réponse claire et précise à ses interrogations.
- Etre suffisamment informé(e) des complications éventuelles pouvant survenir suite à son intervention telles qu'une perte de sensibilité du cuir chevelu, des saignements, des douleurs, une croissance incomplète des greffes, une nécrose, une cicatrice hypertrophique, effluvium télogène (perte temporaire de cheveux dans la zone receveuse) et de réactions éventuelles aux médicaments utilisées.
- Etre suffisamment informé(e) que sans raser la zone receveuse, une partie des cheveux encore présents pourrait tomber au moment de créer les incisions.
- Etre suffisamment informé(e) que la greffe capillaire requiert le concours et les services d'infirmiers, d'assistants, et autre personnel et accepte leur collaboration.
- Etre suffisamment informé(e) de venir accompagné(e) à la clinique et de ne pas conduire de véhicule durant les 24 heures suivant l'intervention

Le/ La soussigné(e) comprend parfaitement le contenu de cette déclaration et la signe sans aucune obligation.

Le/la soussigné(e) donne son approbation explicite pour que l'intervention dont question soit conduite par le docteur Plovier et son équipe.

Le/la soussigné(e) suivra exactement les instructions pré et post opératoires qui lui ont été communiquées.

Le/la soussigné(e) sait que des informations complémentaires peuvent être obtenues sur simple demande

L'acompte sera remboursé uniquement si vous annulez votre intervention minimum 5 semaines à l'avance.

Le/La soussigné(e) reconnaît avoir lu attentivement ce consentement éclairé et confirme sa décision de procéder à cette opération/procédure/intervention par sa signature.

En cas de litige, seuls les tribunaux de Bruxelles seront compétents.

Overijse, le _____

Pour accords,

NOM ET SIGNATURE DU PATIENT