

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Prélèvement et transfert de cellules souches adipeuses chez l'adulte

Je..... autorise par la présente.....
ainsi que ses assistants, tels que sélectionnés à effectuer la procédure ou la thérapie
suivante.....

J'accepte que l'anesthésie, recommandée, me soit administrée et je comprends que toutes les formes d'anesthésie peuvent entraîner des risques et la possibilité de complication, de lésion et parfois de décès.

J'ai été conseillé et informé à propos de la technique de transfert des cellules souches adipeuses et du plasma riche en plaquettes, je comprends et accepte volontairement et autorise que la procédure suivante soit effectuée : réinjection de mes propres cellules souches adipeuses.

J'ai été informé que la thérapie ACS peut potentiellement augmenter la vascularisation et par conséquent améliorer la fonction. J'ai été informé que même s'il ne s'agit pas d'une procédure acceptée par la FDA, cette procédure a été utilisée en toute sécurité et avec succès chez d'autres patients.

J'ai été informé que cette technique demande la réinjection des cellules souches dérivées de mes propres tissus adipeux selon le prélèvement de graisse standard et les techniques d'injection. Le site de l'injection se trouve dans une zone spécifique à traiter ou la procédure se déroule par perfusion intraveineuse. J'ai été informé que la procédure peut au départ provoquer ou augmenter la douleur quand l'injection se fait dans une zone spécifique et l'intensité de la douleur diminuera par la suite, mais pourrait ne pas totalement faire disparaître mes symptômes.

J'ai été informé que les PRP et les facteurs de croissance pourraient ne pas « diriger » et « activer » les cellules souches. La technique demande l'injection de plasma riche en plaquettes provenant de mon propre sang selon les techniques de prélèvement et d'injection de sang standard.

J'accepte la destruction de tout tissu retiré et inutile après l'isolation des cellules souches.

J'ai été informé qu'il se pourrait que la procédure ne me soit pas appliquée.

J'ai été informé des risques et des complications suivants de l'injection de cellules souches :

- * Ecchymoses * Réactions allergiques * Étourdissements ou évanouissement * Infection
- * Œdème * Nausées/vomissements * Démangeaisons sur le site de l'injection
- * Lésion musculaire ou nerveuse * Hémorragie * Raideur sur le site de l'injection
- * Douleur immédiate * Hausse temporaire de la glycémie

Je reconnais que personne ne m'a donné une quelconque garantie quant aux résultats que je pourrais obtenir.

Je comprends que cette procédure n'est généralement pas couverte par l'assurance et je suis responsable des frais totaux occasionnés.

Je certifie que je comprends toute l'information ci-dessus dans son intégralité, qu'il a été répondu à toutes mes questions et que les effets indésirables potentiels ont été expliqués.

Signature du patient/Date

Signature des conseillers/Date