Consentement éclairé – Greffe autologue de tissu adipeux / PRP / PRF / PRZ avec activation lumineuse

Je soussigné(e) _____ (Nom, prénom du patient), déclare avoir été informé(e) de manière claire et compréhensible par le Dr _____ concernant la procédure proposée.

1. Description de l'acte

La procédure consiste à prélever du tissu adipeux sur une zone donneuse (ex : abdomen, cuisse), à l'isoler et à le préparer afin d'obtenir une fraction riche en cellules de la fraction vasculo-stromale. Cette préparation peut être associée à du PRP (plasma riche en plaquettes), PRF (fibrine riche en plaquettes) ou PRZ, puis activée par lumière spécifique, et réinjectée dans la zone à traiter afin de stimuler la régénération tissulaire.

2. Indications

Cette technique est indiquée dans le cadre de traitements régénératifs ou esthétiques, notamment pour améliorer la qualité de la peau, restaurer des volumes perdus, ou stimuler la régénération dans certaines pathologies.

3. Produits utilisés

Les produits utilisés sont exclusivement autologues, c'est-à-dire prélevés sur le patient lui-même, et ne contiennent pas de produit synthétique ou animal. Toutefois, des dispositifs médicaux homologués peuvent être utilisés pour la préparation.

4. Risques et complications possibles

Comme tout acte médical invasif, cette procédure comporte des risques et complications possibles, notamment :

- Douleur, rougeur, gonflement temporaire
- Hématomes
- Infection locale
- Asymétrie ou irrégularité de contour
- Résorption partielle ou totale du volume injecté
- Nécrose graisseuse ou réaction inflammatoire locale
- Sensibilité ou engourdissement temporaire de la zone traitée
- Résultats inférieurs aux attentes

5. Alternatives

Les alternatives comprennent :

- Ne pas réaliser la procédure
- Utiliser des produits de comblement synthétiques
- Recourir à d'autres techniques médicales ou chirurgicales adaptées à la situation.

6. Consentement

Après explications sur la nature, les bénéfices attendus, les risques et les alternatives, j'ai pu poser toutes mes questions et ai reçu des réponses satisfaisantes.

Je comprends que le résultat ne peut être garanti et dépend de facteurs individuels.

Je consens librement à la réalisation de cette procédure.

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Signature du patient : _____

Signature du médecin : _____