

Chirurgien qualifié
en CHIRURGIE PLASTIQUE
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

CONSENTEMENT ECLAIRÉ MUTUEL

Je soussigné, **Nom et Prénom**, né(e) le / /,
demande et autorise le Docteur
son équipe, ainsi que les autres professionnels de santé jugés nécessaires, à réaliser sur ma
personne :

- **l'acte de chirurgie ou d'esthétique suivant** :
- **date de l'intervention** : / /
- **sous anesthésie** :

Au cours des consultations avec le Docteur :

Date première consultation : / /

Date deuxième consultation : / /

J'ai informé celui-ci des interventions, soins, traitements et médicaments dont j'ai bénéficié et
que j'ai suivi jusqu'à ce jour, ainsi que des complications survenues.

J'ai été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention, des dangers et des limites, des
alternatives thérapeutiques ainsi que de l'éventualité de reprises.

L'emplacement des incisions et l'évolution des cicatrices, éminemment variable selon les
patients, le déroulement de l'intervention ainsi que les suites normales ou compliquées de
l'opération ou de l'anesthésie, m'ont été expliqué(e)s. Il m'a notamment précisé que cette
intervention pratiquée depuis plusieurs années avec des résultats très satisfaisants peut, dans
certains cas, présenter des complications imprévues et qu'aucun résultat n'est garanti.

Une notice d'information écrite portant sur l'intervention m'a été remis(e) et commenté(e) lors de
la première consultation. (Rayer la mention si absente)

Je comprends qu'il existe des risques (hémorragie, infection, réaction allergique, troubles de
la cicatrisation, etc...) liés à cette intervention comme à toute intervention chirurgicale, ceux-ci
pouvant être graves voire engager le pronostic vital.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en
face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires
ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le
Docteur à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à
se faire assister pour cela par un autre praticien.

Je confirme que les explications et les réponses aux questions posées l'ont été en des termes
suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et de demander au Docteur
..... la réalisation de cette intervention.

Je reconnais que le délai de réflexion entre la première consultation et la date de l'intervention
est tout à fait suffisant.

Fait à
le / /

SIGNATURE :

(faire précéder de la mention « lu et approuvé »)