

Docteur XXX

**CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE
ET ESTHETIQUE**

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

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

- l'acte suivant:
- le
- sous anesthésie

Au cours des consultations avec le Docteur XXX

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, de ses 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 XXX 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 XXX 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 Angers, le

Signature: (faire précéder de la mention "lu et approuvé")