

CONSENTEMENT ÉCLAIRE AVANT CHIRURGIE ORALE

Mme / Mlle / M.

1. Je confirme que le Docteur Guillot Jean-Matthieu m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée. Une fiche d'information médicale m'a été remise.
2. Je confirme avoir été informé que le praticien peut être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue d'événements durant l'intervention.
3. Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.
4. J'ai été informé des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.
5. J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.
6. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.
7. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.
8. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Lieu : _____

Date ____ / ____ / ____

Document à signer et à remettre au plus tard le jour de l'intervention