

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

(Suite aux demandes pressantes des Patients, des Tribunaux, des Assureurs et en complément des fascicules adaptés définitifs établis par la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)

Je soussigné.....

Certifie **donner mon accord** au Docteur

pour l'intervention chirurgicale suivante :

.....
.....

sous anesthésie

Arrêt de travail prévisible

prévue le

cotation.....

complément d'honoraires.....

J'affirme avoir bien compris la taille et la position des cicatrices :

.....
.....

Je confirme que les complications, inhérentes à tout acte chirurgical, m'ont été expliquées (parmi les plus courantes et **sans exhaustivité**) :

- complications spécifiques à l'anesthésie générale (allergie, coma, décès) discutées lors de la consultation d'anesthésie obligatoire
- hématome, nécrose tissulaire localisée
- infection (locale du site opératoire, générale septicémie)
- Maladie thrombo-embolique (phlébite, embolie pulmonaire)
- Evolution cicatricielle sur une période de 18-24 mois. Elles sont souvent rouges et épaisses les 3 à 9 premiers mois. Des massages sont parfois nécessaires. Elles ne doivent pas être exposées au soleil pendant cette période.

J'atteste que le chirurgien a répondu à toutes mes questions, m'a remis une fiche détaillée concernant l'intervention et j'estime avoir compris le déroulement et les risques de cet acte chirurgical.

Fait à....., le

en deux exemplaires.