

Docteur Franck OUAKIL

POST GRADUATE OF AESTHETIC SURGERY AT THE PITANGUY'S CLINIC - RIO - BRASIL

**Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la faculté de Paris
Ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis
Attaché à l'hôpital Saint-Louis**

CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1) Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale. S'y ajoutent:

- un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie (ou aux disgrâces pour les interventions esthétiques) dont je suis affecté mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- des risques particuliers liés à l'opération de : **"titre de l'intervention"**

2) Je reconnais que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée de la stabilisation du résultat postopératoire et des processus de cicatrisation.

Vous m'avez notamment informé des bénéfices et des limites attendus de cette intervention.

3) Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cette intervention chirurgicale.

4) J'ai également été prévenu 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 à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer toute acte qu'il estimerait nécessaire. Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

5) Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum de 15 jours à respecter entre la consultation et l'intervention éventuelle, et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

6) Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en postopératoire. Je m'engage à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'événements indésirables survenant après mon retour à domicile. J'ai bien noté et conservé votre numéro de secrétariat et de téléphone portable.

A

Le

Nom

Prénom.....

Adresse

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