

Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse

Diplômé de la Faculté de Paris
en Réhabilitation Orale
et Implantologie Dentaire

Diplômé de la Faculté de Toulouse
de Droit Médical d'Expertise
et du Dommage Corporel
en Odonto-Stomatologie

Post-Graduate of Implantology
and Aesthetic Dentistry
of New-York University

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Il est prévu pour vous-même (ou une personne dont vous avez la responsabilité légale) une intervention chirurgicale. La loi et la jurisprudence actuelles font obligation au corps médical de donner aux futurs opérés une information "claire et loyale" sur cette intervention et ses complications éventuelles, du moins les plus fréquentes.

Si vous n'avez pas l'impression d'avoir été correctement éclairé sur les implications possibles de votre future opération, nous sommes à votre disposition pour compléter cette information et répondre à vos questions.

Dans le cas contraire, nous vous demandons de rendre cette feuille signée de votre main et dont vous aurez rempli la partie ci-dessous.

Elle est rendue obligatoire par la jurisprudence actuelle, restera dans votre dossier médical, et a pour seul but d'attester que vous avez bien reçu avant votre intervention l'information que vous souhaitiez sur les complications possibles.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre, au cas où je ne me ferais pas opérer. M'ont aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté, mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles.

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 nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement. J'autorise et sollicite, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Je reconnais avoir été informé par le docteur GUEDJ préalablement au traitement des bienfaits, avantages, risques et exigences thérapeutiques qu'il implique et avoir compris tous les termes et je consens en connaissance de cause au traitement proposé par le docteur GUEDJ.

J'ai reçu l'assurance du chirurgien qui doit m'opérer qu'il restait à ma disposition pour toute précision complémentaire que je souhaiterais sur la nature de l'intervention, son déroulement global et les suites habituelles.

Signature du PATIENT

CENTRE ALSACE
25, rue d'Alsace Lorraine BP 71411
31014 TOULOUSE Cedex 6 (Métro Capitole)
Tél. 05 61 23 86 26 - Fax 05 61 23 07 80
E-mail : docteurguedj@gmail.com

NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION
Boulevard de Ratalens
BP 24336 Saint-Jean
31243 L'Union Cedex
Tél. 05 61 37 81 81