

Consentement éclairé pour un acte de chirurgie buccale

1. Je confirme que le Docteur Olivier CHOFFEL 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 reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.
3. J'ai été informé des **bénéfices** attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.
4. J'ai pris note des **risques** possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.
5. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.
6. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.
7. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Lieu, Date

Lieu, Date

Information reçue le/...../.....et bien comprise

Signature du patient
ou du représentant légal

Signature du praticien

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