

Docteur Sylvie POIGNONEC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Attachée à la Pitié-Salpêtrière

75 1 540 246

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique

28, rue de Ponthieu

75008 Paris

Tél : 01.45.63.13.20

Fax : 01.45.63.13.56

sylvie@poignonec.com

CONSENTEMENT MUTUEL RENFORCE POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ESTHETIQUE

M

-
-

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

Je vous confirme que vous m'avez exposé dans le détail :

- les risques graves y compris vitaux particuliers à toute intervention chirurgicale,
- les risques graves y compris vitaux particuliers à l'intervention que je dois subir et qui devrait être celle indiquée sur le devis.

Un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie dont je souffre et aux associations morbides dont je puis être porteur mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

De mon côté, je vous ai informé, sincèrement et totalement, des interventions, soins, traitements et médications dont j'ai bénéficié et que j'ai suivis à ce jour, ainsi que des complications survenues.

Je reconnais aussi 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, des aspects et des différentes formes telles que : d'anatomie loco-régionale, de cicatrisations, etc ... ; ainsi que de risques exceptionnels, voire même inconnus.

Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité de reprises.

Je reconnais avoir reçu, lu et compris la fiche d'information, de la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et esthétique qui m'a été remise en rapport avec mon intervention chirurgicale.

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.

J'ai également été prévenue 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 de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister pour cela par un autre praticien.

Je reconnais que le délai entre la consultation de ce jour et de la date de l'intervention me semble tout à fait suffisant et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

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 post-opératoire.

Je donne mon autorisation pour être filmé et/ou photographié dans un but diagnostic, de recherche ou de documentation médicale. Ce document ne pourra être utilisé qu'à des fins scientifiques lors de réunions médicale de formation ou de recherche, en excluant toute autre diffusion.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

Paris le,

« Lu et approuvé »

Dr POIGNONEC