

CONSENTEMENT MUTUEL ECLAIRE MEDICAL

Docteur,

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 dans le détail, les risques inhérents à l'acte et aux produits utilisés, à savoir :

- l'œdème, la rougeur, le gonflement ou les douleurs passagers (quelques heures à quelques jours plus rarement)
- les risques infectieux, vasculaires (hématomes voire nécroses), les désordres pigmentaires (risque de taches sur les peaux foncées)
- les complications liées à la technicité du geste opératoire, de l'anesthésie, à la défaillance éventuelle du matériel utilisé
- les lésions cicatricielles
- les complications liées au non respect des consignes préopératoires : pas d'aspirine, pas d'anti-inflammatoire non stéroïdien ni vitamine C dans les 3 jours précédents, pas d'alcool ni soleil dans les 24 h avant, ou post-opératoires : éviction solaire, pas de pratique de sports violents, pas d'alcool, application de crèmes, consultation si rougeur, œdème ou démangeaison persistants plus de 24h.
- les complications liées à l'existence d'autres pathologies (terrain allergique ou syndrome auto-immun, maladies du tissu conjonctif ou toute autre pathologie intervenant dans les processus de cicatrisation comme le diabète.)

S'y ajoutent :

- un certain pourcentage de complications et de risques tenant non seulement à la maladie (ou aux disgrâces pour les interventions esthétiques) dont je suis affecté(e) mais également des réactions individuelles imprévisibles.
- des risques particuliers liés à l'injection d'acide hyaluronique d'origine synthétique.

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

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 ces soins.

4/ Je reconnais que le délai entre la première consultation et la date des soins 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.

5/ Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et les recommandations que vous me prescrivez en pré et post soins.

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

Je soussigné
ALLAMAGNY pour les soins suivants

certifie donner mon accord au Docteur

sous anesthésie

prévus le

J'atteste que vous avez répondu à toutes mes questions, et m'avez remis une fiche détaillée concernant le projet thérapeutique et j'estime avoir compris le déroulement et les risques de cet acte,

Fait à NANCY le en deux exemplaires,

Signature du médecin :

Signature du patient :

(Date et mention «Lu et Approuve» manuscrite)

Docteur Eric ALLAMAGNY

<http://www.allamagny-ork-nancy.fr>