

Mme/Mlle/Mr

Consentement éclairé pour un acte de chirurgie orale

- 1. Je confirme que le Docteur 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 confirme avoir été informé que le praticien peut être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue d'évènements durant l'intervention.**

- 3. Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.**

- 4. J'ai été informé des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.**

- 5. J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.**

- 6. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.**

- 7. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.**

- 8. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.**

Lieu,

Date

Signature du patient ou du représentant légal

Signature du praticien

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