



Accord et consentement éclairé à la réalisation d'un acte de chirurgie orale

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____ autorise le Docteur _____

ou

Je soussigné(e), [prénom, nom] _____ agissant en tant
que responsable légal de [prénom, nom] _____ autorise
le Docteur _____ à réaliser l'intervention de chirurgie orale
[libellé] _____

J'ai été informé(e) de la nécessité de cette intervention, de ses bénéfices, ses détails m'ont été expliqués et je les comprends entièrement.

J'ai également reçu une information claire sur les alternatives thérapeutiques possibles et sur la manière dont le praticien pourrait être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue d'évènements au cours de l'intervention.

J'ai été informé des complications fréquentes, exceptionnelles, voire imprévues pouvant survenir pendant ou après la chirurgie.

Je reconnais que le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès.

Je reconnais avoir reçu un devis détaillé si les actes effectués le nécessitent.

Après avoir eu le temps de la réflexion et avoir reçu des réponses satisfaisantes et compréhensibles à toutes mes questions relatives à l'intervention proposée et aux gestes médicaux décrits dans le devis, j'accepte librement cette intervention, de façon volontaire et réfléchie.

Je m'engage à suivre les recommandations pré- et post-opératoires qui me sont remises et à me rendre à mes visites de contrôle.

Je reconnais que le praticien s'engage à une obligation de moyen mais pas de résultat.

Fait à _____, le _____

Signature du patient ou de son représentant
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature du chirurgien-dentiste