



Société Française de Chirurgie Orale

Consentement avant chirurgie buccale

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'événements 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