

CONSENTEMENT MUTUEL

Remis à DANIGO Marion

Le 30/08/2016 Par le Dr BELLITY PHILIPPE

Ainsi que le Docteur BELLITY PHILIPPE me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales,
je soussigné(e) DANIGO Marion né(e) le 03/05/1989
confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

LIPOASPIRATION CULOTTE DE CHEVAL CUISSSES GENOUX MOLLETS FESSES+lipofilling fesses

Le Dr BELLITY PHILIPPE m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.

Il m'a remis la fiche d'information préopératoire spécifique, que je m'engage à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée.

J'ai été informé(e) de la possibilité :

- _ de complications graves,
- _ de séquelles possibles,
- _ des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se),
- _ des réactions individuelles imprévisibles,
- _ d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe, que je reconnais avoir reçue.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales : hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une **découverte ou un événement imprévu** imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur BELLITY PHILIPPE à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) par le Docteur BELLITY PHILIPPE des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. **J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance**, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser au Docteur BELLITY PHILIPPE toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe **une imprévisibilité de durée**, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée. Je confirme **que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant**, et que dans cet intervalle le Docteur BELLITY PHILIPPE est à ma disposition pour répondre à mes questions.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur BELLITY PHILIPPE et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

J'accepte volontiers de répondre au questionnaire suivant :

	Compris	Pas compris
<input type="checkbox"/> L'opération qui m'a été proposée		
<input type="checkbox"/> Les autres traitements possibles		
<input type="checkbox"/> Les conditions de l'hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Le risque de complications		
<input type="checkbox"/> Informations sur le résultat à espérer		

Si j'ai coché une case « pas compris », j'admets que l'intervention ne pourra se faire avant qu'une explication complémentaire m'ait été donnée par le Docteur BELLITY PHILIPPE.

Ces documents (consentement mutuel et fiche d'information préopératoire signés et paraphés) doivent être adressés, si possible par courrier à mon chirurgien et lui parvenir au plus tard la veille de l'intervention. Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas **je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.**

Date de remise des documents : par le

Dr.....

Signature précédée de la mention manuscrite : « lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention »

Date de signature par le patient :

Mention manuscrite :

Signature :

Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement mutuel, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.