**DEVIS CONCERNANT UN ACTE MEDICAL A VISEE ESTHETIQUE***Conforme aux arrêtés du 17/10/96 et 15/04/97 relatifs à la publicité et au décret n° 2005-777 du 11 juillet 2005*

**1/ NATURE DE L’INTERVENTION : LIPOSUCCION 1H30**

**2/ ANESTHESIE : GENERALE**

**3/ L’INTERVENTION SERA REALISEE PAR LE** Dr Philippe Bellity :  
- inscrit au Conseil de l’Ordre des Médecins du Département de la ville de Paris sous le numéro 75 1 743212  
- titulaire de la spécialité en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique reconnue officiellement par le conseil national de l’ordre des Médecins et dont la Responsabilité Professionnelle est garantie pour cet acte par une assurance en cours.

**4/ AU BENEFICE DE :**Nom : BOADAS  
Prénom : NATHALIE   
Profession : PRÉPARATRICE EN PHARMACIE  
Date de naissance : 30/09/1973  
Adresse : 15 TER RUE BORNIS DEBORDES – 78000 VERSAILLES

**Date de 1ère consultation : 05/02/2009**

**5/ DANS L’ETABLISSEMENT SUIVANT :** Clinique Elysée Montaigne : 3, rue Marignan 75008 PARIS

**6/ DATE DE L’INTERVENTION : 21/02/2009**

**7/ COUTS DES PRESTATIONS T.T.C :**- Frais clinique et d’hospitalisation : 990€  
- Honoraires du chirurgien et de l’aide opératoire : 1700€  
- Frais et honoraires de l’anesthésiste : 310€  
- Matériel implanté : -€

**Soit un total de : 3000€**

Lorsque des dispositifs médicaux ou des produits injectables à visée esthétique sont utilisé, ils doivent être autorisés officiellement. Les références en seront détaillées sur la facture : marque, fabricant, numéro de série, de lot. Les vêtements de contentions, les médicaments et les examens pré et post opératoires ne sont pas compris dans le décompte.  
Ce devis comprend, outre l’acte lui-même, les soins post opératoires pendant 12 jours.  
**S’agissant d’un acte uniquement à visée esthétique, les divers examens, l’intervention, les prescriptions médicales et l’arrêt de travail éventuel ne pourront donner lieu à délivrance de document pour la prise en charge par l’assurance maladie.**

**8/ INFORMATIONS :**L’emplacement des incisions, le déroulement de cette intervention ainsi que les suites éventuelles dues à l’opération ou l’anesthésie m’ont été parfaitement expliqués par ce praticien. Il m’a notamment bien précisé que cette intervention pratiquée depuis plusieurs années avec des résultats très satisfaisants peut dans certains cas présenter des complications imprévues et qu’aucun résultat n’est garanti. Par ailleurs, si au cours ou dans les suites de l’intervention pour des raisons imprévisibles, il y avait une initiative médicale ou chirurgicale à prendre, j’accepte toute décision nécessitée par la situation rencontrée. Je consens à être photographié(e) avant, pendant et après l’intervention. Ces photographies seront la propriété du chirurgien et pourront être utilisées à des fins scientifiques uniquement.

**9/** Le Dr Philippe Bellity fournira à la demande de Nathalie BOADAS au médecin qu’il (elle) indiquera le compte-rendu opératoire conformément aux dispositions en vigueur.

**10/ CONFORMEMENT A LA LEGISLATION,** il est convenu que doit être respecté un délai minimum de quinze jours entre la remise de ce document et l’intervention éventuelle. C’est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée. Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu de la part de la personne examinée directement ou indirectement à quelque titre que ce soit, ni sous quelque forme que ce soit une contre partie quelconque ni aucun engagement à l’exception du prix de la consultation.

**11/ JE SOUSSIGNE(E)**  
Déclare les renseignements fournis comme sincères et valables et m’engage à régler la totalité des sommes figurant sur ce devis. Je m’engage à informer le chirurgien de mes changements d’adresse successifs afin qu’il puisse me recontacter pour des contrôles périodiques et en cas de nécessité. J’ai bien reçu le devis avant l’exécution de la prestation de service.

Devis établi en double exemplaire le 05/02/2009 pour une durée de 6 mois.

SIGNATURE DU PRATICIEN

**SIGNATURE DU PATIENT EXAMINE**écrire à la main : *devis reçu avant l’exécution de la prestation de service*

**SIGNATURE DU PATIENT APRES ACCEPTATION LE ………………………………………………………**écrire à la main : *devis accepté après réflexion*

**CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL**

Je soussigné(e) **Nathalie BOADAS** certifie donner mon accord au Dr Philippe Bellity pour l’intervention chirurgicale suivante : **LIPOSUCCION 1H30**

Prévue le **26/02/2009** sous anesthésie **GÉNÉRALE**

1/ Je confirme que vous m’avez exposé dans le détail :  
 - **les risques graves** y compris vitaux particuliers à toute intervention chirurgicale  
 - **les risques graves** y compris vitaux particuliers à l’intervention que je dois subir

Un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie dont je souffre et aux associations morbides dont je puis être porteur mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

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

3/ Je reconnais aussi que j’ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j’ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu’il existe une imprévisibilité de durée des aspects et des différentes forme telles que : d’anatomie loco régionale, de cicatrisations, etc. ; ainsi que des risques exceptionnels, voir même inconnus. Vous m’avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l’éventualité des reprises.

4/ Je vous confirme que les explications que vous m’avez fournies, l’on été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d’arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.

5/ J’ai également été prévenu(e) qu’au cours de l’intervention, le chirurgien peut se trouver en face d’une découverte ou d’un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents à ceux prévus initialement et j’autorise d’ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu’il estimerait nécessaire, voir à se faire assister pour cela par un autre praticien.

6/ Je reconnais que le délai entre la consultation de ce jour et la date de l’intervention 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.

7/ Je m’engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post opératoire.

8/ J’affirme avoir bien compris la taille et la position des cicatrices : …………………………………………………………………….

9/ Particularités liées à l’intervention : ……………….………………………………………………………………………………………………….....  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…........  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

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

A Paris, le 05/02/2009

Signature (à faire précéder la mention manuscrite « **Lu, compris, discuté et approuvé** »).