

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné.....

Né(e) le

Autorise le Dr Potdevin Didier à réaliser sur ma personne l'(les) acte(s) suivants:

.....
Qui, sauf modification est (sont) programmé(s) pour le

Cet (ces) acte(s) m'ont été expliqué afin que j'en comprenne les effets, conséquences et implications et je déclare avoir compris ces informations.

Les points suivants ont, entre autre, été exposés:

1. Il existe toujours une cicatrice à l'endroit de l'incision, qui peut prendre quelques mois pour évoluer et qui sera toujours plus ou moins visible après l'intervention.
2. Une(des) retouche(s) médicale(s) ou chirurgicale(s) peut(peuvent) PARFOIS s'avérer nécessaire(s) dans les suites de l'intervention pour obtenir le résultat souhaité.
3. Les éventuelles complications qui pourraient survenir sont, d'une part celles qui sont communes à tout acte médical ou chirurgical: douleur variable, infection, lâchage des sutures, pathologies cicatricielles (chéloïde, cicatrisation lente...), oedème, ecchymoses...(liste non exhaustive). D'autre part, celles qui sont spécifiques à(aux) intervention(s) médicales et chirurgicales mentionnées ci-dessus, elles ont été discutées et expliquées lors de la consultation préopératoire. Il est important de souligner le fait que le patient court pour toute intervention, aussi prudemment et correctement qu'elle soit exécutée, toujours le risque d'en sortir enlaidi(e); invalide ou incapable de travailler, voire d'en mourir.
4. Il va de soi que je suis totalement libre de choisir, étant donné que l'intervention n'est pas médicalement nécessaire.
5. Si j'estime que je ne suis pas informé à temps, de manière suffisante et compréhensible, il m'est conseillé de ne pas donner mon autorisation pour l'intervention prévue.
6. Je peux toujours obtenir, sur simple demande, une visite complémentaire gratuite chez mon médecin et l'intervention est alors reportée.

Je suis informé(e) que la pratique de la médecine et de la chirurgie n'est pas une science exacte et qu'aucune garantie complète ne peut être donnée concernant les résultats de(s) l'(l') intervention(s) , mais je sais que le médecin et son équipe mettront tout en oeuvre pour obtenir le résultat le plus conforme à ma demande. Si nécessaire, je les autorise à prendre des mesures, éventuellement non prévues, nécessaire à cette fin (par ex. : modification de la technique, injection de cortisone....).

Exonération : Cosmédica et le médecin traitant ne peuvent en aucun cas être portés responsables, en vertu d'une clause contractuelle et/ou extracontractuelle, de tout dommage résultant d'un accident médical qui se produirait pendant l'intervention ou pendant la période des soins ultérieurs, et que ledit accident médical doit toujours être considéré comme un cas de force majeure dans le chef du médecin traitant et de Cosmédica.

Par dommage résultant d'un accident médical, il convient de comprendre un dommage qui trouve son origine dans un acte médical non fautif, conformément aux connaissances scientifiques au moment de la survenance du dommage.

Non garantie : Cosmédica n'est pas tenue de garantir un dommage qui résulterait d'un acte médical fautif dont le médecin traitant pourrait être contractuellement et/ou extracontractuellement tenu responsable.

Fait et signé à Ohain le

Signature du patient (précédée de la mention 'lu et approuvé').....