



Chirurgie Orale

RI—VE GAUCHE

49 Allées Charles de Fitte
31 300 Toulouse
Tél : 05 61 77 47 11
Mail : chirurgieorale@clinique-rivegauche.fr

Docteurs CAMPAN, FAUXPOINT, FEUGUEUR, EL KESRI et GANTE
Docteurs en Chirurgie Dentaire – Spécialistes Qualifiés en Chirurgie Orale

Toulouse, le

M/Mme..... né(e) le

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 reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.
3. J'ai été informé des **bénéfices** attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.
4. J'ai pris note des **risques** possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.
5. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.
6. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.
7. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Lieu, Date

Toulouse, le

Information reçue et bien comprise

Signature du patient ou du
représentant légal

Signature du praticien

Document à signer et à rapporter au plus tard le jour de l'intervention