



CONSENTEMENT ECLAIRE DE GREFFE OSSEUSE

Document élaboré par l'Association Française d'Implantologie – AFI et agréé par la Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français – M.A.C.S.F.

Docteur,

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

1) Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale, mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

S'y ajoutent des risques particuliers liés à l'opération de greffe osseuse, c'est à dire :

- # hématome, infection, rejet, prise incomplète du greffon pouvant nécessiter une nouvelle greffe osseuse ;
- # troubles sensitifs, troubles neurologiques, lésions dentaires.

2) De mon côté, je vous ai informé, sincèrement et totalement, des interventions, soins, traitements et médicaments dont j'ai bénéficié et que j'ai suivis 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, d'aspect et de différentes formes telles que : l'anatomie loco-régionale, la cicatrisation, etc..., ainsi que de risques exceptionnels, voire même inconnus.

Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques, ainsi que de la nocivité du tabac sur la cicatrisation.

4) Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies l'ont 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 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 de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire 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 d'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) Vous m'avez informé qu'il s'agit d'un acte chirurgical non remboursé par la Sécurité Sociale. Le devis pour cette opération m'a été remis.

8) 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 en post-opératoire.

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

Mme, M

Lozanne , Le

Signature , « lu et approuvé »