

**Docteur HAAKMEESTER Serge**  
**Chirurgie Plastique, Esthétique, Reconstructrice**  
**Chirurgie de la Main, Microchirurgie**  
Tél. 04.94.83.21.21

### CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

Votre intervention prévue prochainement impose, comme pour toute intervention chirurgicale, des précautions pour réduire le **risque d'infection** post opératoire, **hélas jamais nul**.

Dans ce but, je vous demande de prendre certaines précautions :

Consulter votre **dentiste** afin de faire réaliser un **bilan dentaire** complet à la recherche d'un foyer infectieux éventuel qui devra alors être traité avant l'intervention.

**LA VEILLE de l'hospitalisation :** Retirer tous vos bijoux y compris et **surtout les piercing** . Vous habiller avec des vêtements, tous (sous-vêtements et chaussettes inclus) parfaitement **propres** , « sortant de l'armoire », jamais encore portés depuis leur lavage.  
Changer les draps de votre lit pour des draps propres.

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 dans le détail les risques graves et exceptionnels, y compris vitaux inhérents à toute intervention chirurgicale. Ces derniers peuvent être la conséquence de l'acte chirurgical, de l'anesthésie ou de réactions individuelles d'hypersensibilité.
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 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 soins post-opératoires, de qualité cicatricielle ainsi que de risques exceptionnels voire même inconnus.  
Vous m'avez mis en garde concernant **les risques de nécrose qui augmentent considérablement et des complications post opératoires en cas de tabagisme**.  
Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité de reprise.
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 de vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.
5. 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.
6. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous vos soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-opératoire.
7. Malgré les moyens mis en œuvre, vous avez bien noté qu'il n'existe aucune garantie de résultat.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.  
**Enfin, toute prise d'Aspirine ou autre anti-inflammatoire est proscrite 8 jours avant l'intervention.**

Intervention :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse :

Signature :

Saint-Raphaël, le