

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné,

certifie **donner mon accord** au Docteur LESCHI Michel

pour réaliser l'intervention à visée esthétique suivante :

.

avec/ sans anesthésie locale,

Arrêt de travail prévisible jours.

Tarif : selon devis préalable établi ce même jour.

J'affirme avoir bien compris la méthode et les appareils éventuellement employés. J'ai pris connaissance des traces possibles après l'intervention :

.....

Je confirme que les suites d'intervention, complications possibles et risques, m'ont été expliqués dont (liste non exhaustive) :

- complications spécifiques à l'anesthésie locale (possible allergie, malaise vagal..)
- complications spécifiques aux produits employés (allergies, réactions inflammatoires...)
- ecchymoses, hématome
- infection locale
- phénomènes pigmentaires cutanés, etc...
- après certains soins, et dans certains cas, la peau ne doit pas être exposée au soleil pendant une période donnée.

J'atteste que le praticien a répondu à toutes mes questions, m'a informé et documenté sur l'intervention, va respecter un délai de réflexion légal de 2 semaines avant l'intervention, et j'ai bien compris le déroulement et les risques de cet acte à visée esthétique.

Fait à, le