

CONSENTEMENT ECLAIRE

BLEPHAROPLASTIE

Je soussigné(e), certifie qu'au cours d'une consultation avec le Docteur Fahd Benslimane, j'ai reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention chirurgicale qui consiste en la résection de l'excès de peau et/ou de graisse au niveau de mes paupières.

Le Dr Benslimane a répondu de façon claire et satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai été prévenu des risques et des complications liées à cet acte chirurgical tel que **l'hématome, l'infection, et la phlébite.**

Le Dr Benslimane m'a également prévenu des complications à distance telle que **la mauvaise cicatrisation.**

Le Dr Benslimane m'a également informé de façon claire et satisfaisante des risques liés à l'anesthésie. (locale associée à une sédation)

Je comprend et accepte qu'il existe un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenants aussi bien à la chirurgie que je dois subir qu'à des réactions individuelles imprévisibles, voir même des complications inconnues.

Je réalise et comprend que les difficultés pouvant survenir lors d'une intervention chirurgicale ne peuvent être complètement éliminées même par la meilleure technologie médicale et les meilleurs soins chirurgicaux. **J'accepte ces limitations.**

Je suis consciente, comprend et accepte, qu'en m'opérant, le Dr Benslimane exerce son meilleur talent et jugement en qualité de médecin et chirurgien, mais qu'en aucun cas il ne garantie, assure ou fait un contrat quant au résultat de l'intervention chirurgicale.

Je donne mon autorisation pour être filmé et/ou photographié dans un but diagnostic, de recherche ou de documentation médical. Ces documents ne pourront être utilisés qu'à des fins scientifiques lors de réunions médicales de formation, de recherche ou de publications scientifiques, en excluant toute autre publication en particulier de publicité.

Casablanca, le

Signature patient(e) précédée de la mention « lu, compris et approuvé » :

Témoin :