

UROLOGIE PARIS OPERA

82 bd de Courcelles- 75017 Paris

Prise de rdv

www.doctolib.fr

Tel : 01.42.68.83.30

Fax : 01.42.68.83.29



Docteur Sébastien BELEY

Lauréat de la Faculté

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique

Chirurgien des Hôpitaux

Urologue - Andrologue

75 1 71696 0

N° RPPS : 10004028956

assistante.dr.beley@urologieparisopera.fr

www.urolcguers-opera.paris

Intitulé de l'intervention : PENOPLASTIE- INJECTION ACIDE HYALURONIQUE

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

I. Je vous confirme que vous m'avez exposé les objectifs de l'intervention que je vais subir, les alternatives thérapeutiques, et que vous m'avez exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale.

S'y ajoutent :

- des risques particuliers liés au type d'intervention que je vais subir,
- un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, tenant à la pathologie dont je suis affecté(e),
- une part d'imprévisibilité dans l'acte opératoire et dans ses suites liées à des variations individuelles de consolidation et de cicatrisation, ect...
- ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

II. 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 chirurgicale.

III. J'ai été également prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement 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.

IV. Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenues d'un délai minimum entre la consultation et l'intervention, et que dans cet intervalle vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

V. Je m'engage expressément à me rendre à vos conditions et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et postopératoire

VI. J'ai bien reçu et lu la ou les fiche(s) d'information

(A noter que toutes les fiches d'information sont accessibles en ligne sur le site:

www.plasticiens.fr -onglet: "Les dossiers" - "Fiches d'information")

CHIRURGIE ESTHETIQUE DE LA VERGE OU PENOPLASTIE OU

PHALLOPLASTIE ESTHETIQUE - ACIDE HYALURONIQUE :

VOLUMETRIE, COMPLEMENT ET HYDRATATION - LA PENOPLASTIE

MEDICALE D AUGMENTATION PAR INJECTION ACIDE HYALURONIQUE

VERSUS CHIRURGICALE PAR LIPOFILLING

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

Mention manuscrite : « lu et approuvé ».....

Signature du patient: