



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À UN ACTE CHIRURGICAL

Articles L.1111-2 et L.1111-4 du code de la santé publique. Ce document est à remettre signé au secrétariat avant l'intervention.

Je soussigné(e) FERREIRA Pauline, née le 26/03/2006,

reconnais avoir été informé(e) de manière claire, loyale et appropriée par le **Dr Micheline Carpentier** de la nature de l'acte qui m'est proposé :

Mastoplastie bilatérale de réduction

Date prévue de l'intervention : **10/08/2025**

J'ai été informé(e) du déroulement de l'intervention, de ses bénéfices attendus, des alternatives thérapeutiques et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles, notamment infectieux, hémorragiques, thrombo-emboliques et anesthésiques. J'ai reçu une fiche d'information écrite et j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

Je sais que je peux revenir sur ma décision à tout moment avant l'intervention. J'autorise l'équipe à réaliser tout acte complémentaire rendu nécessaire par une découverte ou une complication peropératoire, dans mon intérêt.

☒ J'ai lu et compris les informations ci-dessus. ☒ J'accepte la réalisation de l'acte.

Le patient

Fait à Marseille, le 08/08/2025

Mention « lu et approuvé » :

Lu et approuvé

Le praticien

Dr Micheline CARPENTIER
certifie avoir délivré l'information ci-dessus.