

**Docteur MAMADOU KONE**  
Chirurgie Dentaire  
Université Henry Poincaré-Nancy  
116, Av du Marechal Foch  
33500 LIBOURNE  
☎ 05.57.51.77.40  
k.dentiste33500@gmail.com

Madame, Monsieur, *NOM et Prénom du patient*

### **CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR TOUT ACTE DE CHIRURGIE BUCCALE**

1. Je confirme que le Docteur Mamadou KONÉ m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée. Une fiche d'information médicale pour le consentement éclairé m'a été remise.
2. Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.
3. Je reconnais avoir indiqué au Docteur Mamadou KONÉ l'ensemble de mes problèmes de santé et les traitements que je prends.
4. J'ai été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.
5. J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.
6. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.
7. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.
8. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

À Libourne, le *date*

Signature de *NOM et Prénom du patient*  
( précédée de la mention manuscrite  
« information reçue et bien comprise » )

**Document à signer et à remettre au plus tard le jour de l'intervention**