

Consentement Éclairé : Traitement Proctologique Laser et RF

Docteur Thierry WATRIN — Chirurgien Viscéral et Digestif

Identification du Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Information Médicale Spécifique

Je reconnais avoir reçu du Docteur Thierry WATRIN une information complète sur la technique de traitement par énergie thermique (Laser SiLaC ou Radiofréquence Rafaelo) pour la pathologie suivante : **Acte prévu** : [] Sinus Pilonidal Laser / [] Hémorroïdes (Laser ou RF)

Points clés confirmés lors de la consultation :

1. **Principe** : L'utilisation d'une fibre optique (Laser) ou d'une sonde (RF) pour traiter la lésion de l'intérieur sans exérèse large (sans "creuser" ou "couper" de tissu de manière classique).
2. **Risques Spécifiques** : Bien que les suites soient simplifiées, j'ai été informé(e) des risques possibles : brûlure cutanée locale, saignement, infection résiduelle ou récurrence (commune à toute chirurgie).
3. **Dépilation (Sinus Pilonidal)** : J'ai compris que la réussite de l'acte et l'absence de récurrence dépendent impérativement d'une dépilation parfaite de la zone avant l'acte, puis d'un entretien glabre (sans poils) à long terme.
4. **Hygiène Post-Opératoire** : Je m'engage à respecter le protocole d'hygiène (3 douches locales par jour à l'eau et au savon doux) et la prise systématique de laxatifs pour maintenir des selles molles.

Engagement Ambulatoire

- Je confirme avoir organisé mon retour avec un **accompagnateur majeur**.
- Je m'engage à **ne pas rester seul(e) la première nuit** suivant l'intervention.
- Je dispose des coordonnées du cabinet et du service d'urgence (01 39 17 24 24).

Accord du Patient

J'ai compris l'ensemble des informations délivrées. Le Docteur Watrin a répondu à toutes mes interrogations. En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour la réalisation de cet acte.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du Patient (précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé") :