

**TELEPHONER DES AUJOURD'HUI POUR RESERVER VOTRE CHAMBRE OU PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AVEC L'ANESTHESISTE ( pour les anesthésies générales uniquement) POUR LES ANESTHESISES LOCALES IL FAUT JUSTE TELEPHONER POUR RESERVER LA CHAMBRE**

**A FAIRE :**

- Bilan sanguin coagulation et sérologies
- Bilan urinaire ECBU (uniquement prothèses)
- Contacter la boutique de vêtements médicaux ( panty, soutien-gorges, gaine...)
- Téléphoner pour réserver la chambre à la clinique
- Téléphoner à l'anesthésiste pour un rendez-vous ( pas pour les anesthésies locales ) à la clinique
- Consultation chez le cardiologue après 40 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme
- Envoi de l'entente préalable à la SECU en recommandé
- Signer et adresser les documents au chirurgien

**CLINIQUE SAINTE GENEVIEVE**

29 rue sarrette  
75014 PARIS  
01 56 53 58 58  
+33 1 56 53 58 58

**CLINIQUE E. MONTAIGNE**

3 rue de marignan  
75008 PARIS  
01 40 69 47 47  
+33 1 40 69 47 47

**CLINIQUE SPONTINI**

68 bis rue Spontini  
75116 PARIS  
01 53 70 59 59  
+ 33 1 53 70 59 59

**A commander si vous êtes opéré(e) d'une liposuction, chirurgie des seins, plastie abdominale, gynécomastie**

MEDISTYL • LIGNE TEXTILE SANTÉ

**CACHET CHIRURGIEN**  
**Dr Stéphane SMARRITO**  
 Chirurgien Plasticien  
 contact@DrSmarrito.com

**Patient**  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_

**VENTE UNIQUEMENT AU MAGASIN DE PARIS - OU PAR CORRESPONDANCE.**

<b>PANTY TAILLE NORMALE POUR LIPO-ASPIRATION</b>  <b>MDS-011</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-012</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-013</b> <input type="checkbox"/>			<b>PANTY TAILLE HAUTE POUR LIPO-ASPIRATION</b>  <b>MDS-021</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-022</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-023</b> <input type="checkbox"/>			<b>COLLANT CONTENTION</b>  <input type="checkbox"/>	<b>BAS POST OPÉRAIRE</b>  <input type="checkbox"/>	
<b>GAINE</b> <b>GAINE MINI</b>  <b>MDS-041</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-042</b> <input type="checkbox"/>		<b>BODY POUR PLASTIE ABDOMINALE</b>  <b>MDS-062</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-060</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-064</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-063</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-061</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-065</b> <input type="checkbox"/>		<b>PANTY POUR PLASTIE ABDOMINALE</b>  <b>MDS-031</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-032</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-033</b> <input type="checkbox"/>				
<b>RENFORCÉE</b>								
<b>SOUTIEN-GORGE</b> <b>MEDILYNE</b> <b>MEDISPORT</b> <b>MEDISPORT AVEC CONTENSEUR</b>  <b>MDS-080</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-081</b> <input type="checkbox"/> <b>MDS-088</b> <input type="checkbox"/>			<b>MASQUE</b>  <b>MDS-052</b> <input type="checkbox"/>	<b>GILET FEM. A MANCHES</b>  <b>MDS-073</b> <input type="checkbox"/>	<b>CEINTURE HOM</b>  <b>MDS-071</b> <input type="checkbox"/>	<b>GILET HOM</b>  <b>MDS-072</b> <input type="checkbox"/>	<b>BODY HOM</b>  <b>SUR MESURES</b>	
<b>Contenseur mammaire 083</b> <input type="checkbox"/>				<b>Bandeau oreilles 084</b> <input type="checkbox"/>				

**"EOLE" MEDISTYL**

44, bd Picpus - 75012 PARIS

☎ 01 43 43 43 60 3 lignes - Fax : 01 43 43 28 78

**Facilité de stationnement**

Métro : Bel-Air

du **MARDI** au **VENDREDI**

de 9h30 à 18h

le **SAMEDI** de 9h30 à 17h30

**TELEPHONEZ OU DEPLACEZ-VOUS  
 A LA BOUTIQUE POUR LE CHOIX DE VOTRE  
 VETEMENT LE PLUS ADAPTE**

# Dr SMARRITO Stéphane

Chirurgie Plastique Esthétique et Réparatrice

Médecine esthétique

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de PARIS

Médaille des Hôpitaux de PARIS

Lauréat de la Faculté de Médecine

Microchirurgie - Chirurgie des seins

Attaché des Hôpitaux de PARIS

NOM :

PRENOM :

## BILAN SANGUIN :

- NFS - Plaquettes
- Bilan de coagulation : TP – TCK

Information et suivi de dossier :

Tél : 01 42 72 23 83

<http://www.DrSmarrito.com>

## SEROLOGIES :

HIV1 et 2  
Hépatite C

## ECBU (uniquement pour les prothèses)

### Cabinet à PARIS

78 Rue de la Faisanderie  
75116 PARIS 16e

# ORDONNANCE

si votre chirurgie est hors convention cette ordonnance ne sera pas remboursée

Docteur STEPHANE SMARRITO  
46 CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE  
ET ESTHETIQUE CONVENTIONNE HOND LIBRES  
78 Rue de la Faisanderie Tél 0 825 827 120  
75016 PARIS  
site internet : www.DrSmarrito.com  
75 1 93433 2 0 3 31 0  
CAB CONV ZISD IK

Smarrito

N° FINESS

75 1 93433 2 0 3 31 0

Membre association agréée acceptant  
les règlements par chèque



DOCUMENTS D'INFORMATION ET DEVIS IMPOSES  
PAR LA LEGISLATION

A ADRESSER APRES SIGNATURE  
A VOTRE CHIRURGIEN  
AVANT L'INTERVENTION

DR SMARRITO  
78 RUE DE LA FAISANDERIE  
75116 PARIS

# CETTE PAGE DU DEVIS EST REMPLIE PAR VOTRE MEDECIN

## DEVIS CONCERNANT UN ACTE CHIRURGICAL

Partie 1 : Tarifs

conforme au décret n°2005-777 du 11 juillet 2005

----- **A REMETTRE A LA CLINIQUE** -----

**A REGLER A LA CLINIQUE :**

Description	Quantité	Prix	Coût
BLOC OPERATOIRE	1		
FRAIS DE SEJOUR	1		
HONORAIRES ANESTHESISTE	1		
TOTAL			

Frais laboratoire prothèses	La paire	Prix	Coût
MATERIEL OU PROTHESE	1		



----- **A DECOUPER ET ADDRESSER AU CHIRURGIEN AVEC LE REGLEMENT** -----

**A ADDRESSER AU CHIRURGIEN : DR SMARRITO - 78 RUE DE LA FAISANDERIE - 75116 PARIS**

1ER REGLEMENT : HONORAIRES DU CHIRURGIEN

Descriptif	Quantité	Prix	Coût
HONORAIRES DU CHIRURGIEN	1		

2EME REGLEMENT : HONORAIRES DE L'AIDE OPERATOIRE

Descriptif	Quantité	Prix	Coût
HONORAIRES DE L'INSTRUMENTISTE	1		

**TOTAL PRESTATION :**

**REGLEMENT DE MR ou MME :**

DEVIS CONCERNANT UN ACTE CHIRURGICAL  
Partie 2 : Mentions légales

----- A REMPLIR ET A ADRESSER AU CHIRURGIEN -----

Devis établi en double exemplaire  
Date de remise :

NOM :

Signature du médecin :

PRENOM :

Smarrito

NATURE DE L'INTERVENTION :

Signatures du patient :

1. "devis reçu avant l'exécution de la prestation de service"

L'intervention sera réalisée par le Docteur Stéphane SMARRITO spécialiste en Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, reconnu officiellement par le Conseil de l'Ordre des Médecins sous le numéro 751728239 (Cabinet : 78 Rue de la Faisanderie - 75016 PARIS - Tél. 01 42 72 23 83) et dont la responsabilité civile professionnelle est garantie.

Il pourra être assisté par un ou plusieurs aides opératoires.

Intervention réalisée dans un établissement autorisé par la préfecture et accrédité par l'ANAES pour la chirurgie esthétique.

Lorsque des dispositifs médicaux ou des produits injectables à visée esthétique sont utilisés par le Dr SMARRITO, ils sont autorisés officiellement. Les références en seront détaillées à la sortie : marque, fabricant, numéro de série, de lot. Les médicaments, les examens complémentaires pré et post-opératoires, les vêtements de contention ne sont pas compris dans le décompte et ne sont pas remboursés. De même, les suppléments hôteliers, le téléphone, la télévision et autres prestations optionnelles demandées par le patient, ne sont pas compris. **L'arrêt de travail éventuel ne pourra donner lieu à délivrance de document pour prise en charge. Les bilans ne doivent pas être adressés à la SECU pour remboursement.**

A ce titre les résultats des examens suivants seront fournis avant l'intervention : NFS, Plaquettes, Groupe sanguin, Sérologie HIV et hépatite C, le patiente reconnaît avoir été prévenu des ces prélèvements.

Ce devis est établi sous réserve d'une éventuelle prolongation de l'hospitalisation liée à une complication, au désir du patient ou de la patiente et d'une éventuelle modification des tarifs journaliers d'hospitalisation. En cas de complication liée à l'intervention, pouvant nécessiter une nouvelle hospitalisation, voire une intervention chirurgicale et donc de nouveaux frais chirurgicaux, anesthésiques, de séjour et d'occupation de bloc opératoire, ceux-ci seront à la charge du (de la) patient(e), quelque soit l'origine de cette complication, y compris usure et dégonflement pour les prothèses. Les photographies réalisées par le Dr SMARRITO peuvent être utilisées pour de l'information ou de l'enseignement sur tout support.

**Le patient reconnaît avoir été averti des complications spécifiques à ce type d'intervention et inhérentes à tout acte chirurgical, ainsi que des risques exceptionnels allant jusqu'au risque vital. Le patient a mis en œuvre tous les moyens à sa disposition pour s'informer sur l'intervention. Il a été fourni une fiche d'information sur les risques de la chirurgie esthétique et une fiche sur cette opération. De l'information est disponible en ligne sur le site du docteur SMARRITO.**

D'un commun accord, il est convenu que doit être respecté un délai légal minimum de 15 jours entre la remise de ce document et l'intervention éventuelle. C'est un délai de réflexion avant toute décision, pour le praticien comme pour la personne examinée.

Le tarif est valable jusqu'à la date prévue de l'intervention. Les soins opératoires sont assurés gratuitement pendant 21 jours.

Signature :

2. "devis accepté par la personne examinée après réflexion" :

Date d'acceptation :

Signature :

**DEVIS CONCERNANT UN ACTE CHIRURGICAL**

Partie 3 : Feuillet des signatures

conforme au décret n°2005-777 du 11 juillet 2005

----- **A REMPLIR ET A ADRESSER AU CHIRURGIEN** -----

**Devis établi en double exemplaire**  
**Date de remise :**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Signature du médecin :**

Smarrito

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Email :**

**Signatures du patient :**

1. *“devis reçu avant l'exécution de la prestation de service”*

**Signature :**

2. *“devis accepté par la personne examinée après réflexion”* :

**Date d'acceptation :**

**Signature :**

**CNIL- Informatique et liberté \***

Je m'oppose à la conservation des mes données personnelles sur un fichier informatique

Je m'oppose à la conservation de photographies après réalisation de l'acte

Je m'oppose à la communication de document à ma famille, à un tiers, ou à une administration n'intervenant pas directement dans les soins

Je m'oppose à l'utilisation des photographies pour des cours ou de l'information sur tout support

\* cocher si besoin

@

**Date de la première consultation :**

**NOM ET ADRESSE DU MEDECIN** désigné par le patient comme devant examiner le compte rendu opératoire :

**DATE PREVUE DE L'INTERVENTION :**

Je reconnais avoir eu le délai de réflexion légal  \*

J'ai lu la fiche d'information sur la chirurgie et sur mon intervention

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires

Un devis complet m'a été remis comprenant le prix total de la prestation

ainsi que les mentions légales

J'ai signé la fiche de consentement éclairé mutuel remise par le Dr SMARRITO

J'ai consulté le site du Dr SMARRITO pour plus d'information

\* cocher les cases

Dr SMARRITO 78 RUE DE LA FAISANDERIE 75116 PARIS Tél. 01 42 72 23 83

*A signer et à renvoyer au chirurgien*

**DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL AVEC LE DR SMARRITO**

**IDENTITE :**

**ADRESSE :**

**NOM DE L'INTERVENTION :**

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

- Je reconnais, par la présente, avoir pris connaissance des documents d'information mis à ma disposition, avoir compris les risques et bénéfices liés à l'intervention.
- J'ai mis en œuvre tous les moyens pour compléter mon information en plus de la fiche d'information remise et des informations disponibles sur votre site internet.
- Je vous confirme que vous m'avez exposé dans le détail :
  - \* Les risques graves y compris vitaux particuliers à toute intervention chirurgicale
  - \* Les risques graves y compris vitaux particuliers à l'intervention que je dois subir
- Il existe un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la pathologie dont je souffre et aux associations morbides dont je puis être porteur mais également à des réactions individuelles imprévisibles.
- J'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et différentes formes telles que : d'anatomie loco-régionale, de cicatrisation, etc... ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.
- J'ai pleinement informé mon chirurgien de mes antécédents, traitements en cours, complications qui pourraient contre-indiquer cette intervention, modifier l'appréciation du risque ou compromettre le résultat attendu.
- Mon chirurgien a répondu clairement à toutes mes questions. Il m'a décrit la procédure opératoire envisagée dans mon cas, la voie d'abord, les cicatrices et leur évolution aléatoire, les imperfections possibles ainsi que les suivis postopératoires nécessaires. Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité de reprises.
- 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 de vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.
- J'ai également été prévenu 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, voire à se faire assister pour cela par un autre praticien.
- Je bénéficie par ailleurs d'un délai suffisant de réflexion avant l'intervention. Je reconnais que le délai entre la consultation et la date de l'intervention me semble tout à fait suffisant et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

Consciente des risques éventuels liés à cette intervention, consciente du fait que des ré-interventions chirurgicales pourraient être nécessaires, je considère néanmoins que les bienfaits attendus surpassent ces risques que j'accepte librement par la présente.

En conséquence, j'autorise le Docteur SMARRITO à procéder à cette intervention et approcher le résultat.

En deux exemplaires.

**Date**

**Signature** (précédé de « lu et approuvé »)

*j'ai lu et approuvé.*

## A remplir et à renvoyer au chirurgien

NOM et PRENOM DU PATIENT :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Personne à contacter :

Profession :

Mutuelle-Assurance :

### ■ Information sur les risques opératoires :

La décision de vous faire opérer doit être prise en toute connaissance de cause. Nous ne sommes pas là pour vous pousser à vous faire opérer et nous resterons neutres dans votre prise de décision. La consultation sert à vous informer et répondre à vos interrogations. Ne vous étonnez donc pas que nous vous éclairions sur des risques mêmes très exceptionnels.

**Les cicatrices** : il n'existe aucune possibilité de les effacer. Dans des cas très rares mais un peu plus fréquents sur peau noire, la cicatrice peut devenir chéloïdienne, c'est-à-dire boursouflée. Attention, cette boursouffure est normale dans les premiers mois et disparaîtra, ce n'est que si elle persiste qu'on parle de cicatrice chéloïde. Dans les cas normaux, il faut environ 2 ans pour qu'une cicatrice se stabilise complètement. La position de la cicatrice vous sera précisée en consultation et dépend de l'intervention mais aussi de votre morphologie. Cependant, même pour un type d'intervention donné, il ne peut s'agir que d'un guide car elle doit être adaptée pendant l'opération aux conditions locales.

**La cicatrisation** : elle s'effectue le plus souvent en 15 jours à 1 mois. Des troubles de la cicatrisation sont toujours possibles aggravés par la cigarette. Elle aboutit à ce que l'on appelle la nécrose, c'est-à-dire à la perte d'une zone cutanée plus ou moins importante dans la zone opérée. Des troubles de cicatrisation mineurs sont fréquents et n'ont pas de répercussions ou des répercussions mineures sur la qualité du résultat. Les troubles de cicatrisation majeurs concernant une partie plus importante de la zone opérée sont très rares.

**La symétrie** : le corps n'est pas symétrique (seins, visage, hauteur des sourcils, des narines, culotte de cheval, etc.). Très souvent, la personne ne s'en rend pas compte. La plupart du temps ces différences naturelles ne peuvent pas être corrigées par l'intervention. Même quand il n'y a pas de différence préalable, l'intervention peut entraîner une différence modérée non prévisible. Bien entendu, quand la différence naturelle est importante, on parle de malformation pouvant devenir le motif même de la consultation. Dans ce cas, l'information doit être adaptée en fonction de la malformation.

**L'infection** : la contamination d'une plaie ou d'un orifice de lame est le plus souvent sans gravité ou présente un traitement efficace. Elle est rarement très grave et peut être la conséquence de la nécrose. Si l'intervention nécessite l'introduction d'une prothèse, l'infection nécessitera la plupart du temps le retrait de la prothèse. Après toute chirurgie, un saignement ou **hématome** peuvent survenir.

**Perte de la sensibilité de la zone opérée ou aux alentours** : elle est presque systématique au début. Le plus souvent, elle récupère en partie ou totalement mais il peut rester une zone insensible notamment près de la cicatrice. Au niveau du sein, la perte de la sensibilité érogène quand elle existe, est possible mais son apparition ou son augmentation aussi.

**Risques graves** : une intervention chirurgicale présente toujours un certain nombre de risques même s'ils sont limités par les bonnes pratiques de sécurité. Certains de ces risques sont très graves et imprévisibles pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel (embolie, paralysie, septicémie, répercussions sur la vue, l'ouïe, etc.) mais heureusement exceptionnels.

**En cas de prothèse mammaire**, vous devez savoir qu'elle n'entraîne pas de risque de cancer supplémentaire du sein, que la surveillance mammographique est possible. Par contre, vous devez aussi savoir que sans que cela ne soit prévisible, un sein peut durcir, c'est ce qu'on appelle vulgairement la coque. Cette coque ne présente aucun danger de santé et le retrait de la prothèse est toujours possible. Elle peut n'apparaître que sur un sein. Une certaine palpabilité parfois asymétrique des prothèses est possible surtout en dehors et en bas dans la zone sans muscle pectoral. **Une fiche d'information spécifique sur les risques des prothèses mammaires est fournie dans le dossier.**

**En cas de liposuction**, vous devez savoir que ce geste est un traitement du volume et non de la qualité de la peau qui deviendra obligatoirement un peu plus molle. Il s'agit d'une atténuation du volume et non d'une disparition.

**Intervention en plusieurs temps, finitions et retouches.** Certaines interventions nécessitent plusieurs temps opératoires, ce qui vous sera précisé en consultation. Le résultat d'une intervention ne peut être prévu de manière absolue. La manière de cicatriser propre à chaque individu entraîne une variation de résultat. Des finitions et des retouches sont toujours possibles.

Le déroulement et les conditions d'une intervention chirurgicale peuvent être modifiés par le chirurgien pendant l'intervention par des conditions locales imprévues.

Pendant ou après une intervention **un saignement peut survenir**, entraînant un hématome ou une souffrance des tissus. Une réintervention peut être nécessaire, voire dans des cas rares une transfusion sanguine.

■ **Complément d'information** : si ces renseignements ne vous semblent pas suffisants, n'hésitez pas à poser des questions ou à revenir me voir en consultation.

**Le patient reconnaît avoir été averti des complications spécifiques à ce type d'intervention et inhérentes à tout acte chirurgical, ainsi que des risques exceptionnels allant jusqu'au risque vital. La patiente a mis en œuvre tous les moyens à sa disposition pour s'informer sur l'intervention. Il a été fourni une fiche d'information sur les risques de la chirurgie esthétique. Les fiches d'informations sont disponibles sur le site du Dr SMARRITO. Le délai de réflexion permet de compléter l'information.**

■ **Renseignement cliniques :**

• **Prévention de la maladie de Creutzfeldt-Jakob**

Pour votre sécurité, nous détectons les patients présentant des risques de Creutzfeldt-Jakob. C'est la raison pour laquelle nous vous demandons de répondre à ces questions ;

Avez-vous été opéré du cerveau ? OUI  NON

Avez-vous pris des hormones de croissance humaines ? OUI  NON

• **Avez-vous des allergies connues à :**

. Pénicilline ? Oui  Non

. Iode ? Oui  Non

. Sparadrap ? Oui  Non

• **Avez-vous une maladie cardiaque ?**

(trouble du rythme, infarctus, angine de poitrine, etc...) OUI  NON

• **Aspirine**

Vous ne devez pas en prendre 10 jours avant l'intervention, même un comprimé.

Attention, certains médicaments ne portent pas le nom d'aspirine, vérifier que l'**acétyl salicylique** qui est le nom scientifique de l'aspirine ne figure pas dans la composition.

Prenez-vous de l'aspirine de manière systématique ? OUI  NON

Dans ce cas, des dispositions doivent être prises.

• **Anesthésie**

Si l'intervention se passe sous anesthésie générale, vous bénéficierez d'une consultation avec les anesthésistes qui compléteront les informations que vous devez et que nous devons avoir sur votre état de santé.

