



## AUTORISATION DE SOINS SOUS MEOPA

Je soussigné(e).....représentant légal de  
Né(e) le / / autorise le Docteur Coraline GEROT à pratiquer sous sédation consciente  
par inhalation du mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) les  
soins dentaires et/ou les extractions dentaires nécessaires à l'état de santé  
buccodentaire de mon enfant.

Fait à , le / /202  
Signature du représentant légal

## CONSENTEMENT

Une information sur le MEOPA et le déroulement des soins sous MEOPA vous a été  
donnée par le Docteur Coraline GEROT lors de la consultation préalable.  
Votre consentement, éclairé par cette information, est légalement nécessaire pour le  
patient responsable ou le mineur et le majeur sous tutelle dès qu'il est apte à exprimer  
sa volonté et à participer à une décision.

Je soussigné(e) ..... Représentant légal de l'enfant .....  
né(e) le / / reconnais avoir été informé(e) des raisons de l'utilisation du MEOPA  
pour les soins dentaires de mon enfant.  
Le MEOPA, sa technique, ses propriétés, ses effets et son coût (cf devis) m'ont été  
expliqué.  
J'ai compris l'information qui m'a été délivrée. J'ai pu poser les questions que je voulais.  
J'ai compris les réponses qui m'ont été faites. Je reconnais avoir compris les  
recommandations avant et après la séance de soins sous MEOPA.

Fait à , le / /  
Signature du représentant légal