

CONSENTEMENT ECLAIRE AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM Prénom Date de Naissance / /
Au cours de la consultation du Docteur du / / et en présence
de, il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) prochainement
(/ /) à , pour y
bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien, de manière simple et intelligible, toute l'information souhaitée concernant :

- l'évolution spontanée de ma maladie en l'absence d'intervention,
- les bénéfices attendus et les risques encourus en cas d'intervention,
- les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé que toute intervention chirurgicale est susceptible d'entraîner des complications dont la gravité peut aller jusqu'au décès, ceci en tenant compte non seulement de la maladie dont je suis affecté(e), mais également des variations individuelles. Certaines de ces complications peuvent être de survenue exceptionnelle.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévus peuvent conduire à modifier l'intervention envisagée, voire à interrompre l'opération. Dans cette éventualité j'autorise le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Le chirurgien a par ailleurs insisté sur l'importance de l'arrêt de toute intoxication (tabac, alcool et toutes substances addictives) et la nécessité de respecter les prescriptions thérapeutiques.

Je reconnais avoir pu poser les questions que je souhaitais.

J'autorise enfin le Docteur

- à discuter de mon dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire,
- à utiliser les données médicales me concernant à des fins statistiques pour d'éventuelles recherches scientifiques, en sachant que toutes ces données resteront confidentielles et anonymes.

Fait en double exemplaire à le / /

Signature :

