



INFORMATION – CONSENTEMENT ECLAIRE – CHIRURGIE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Atteste que le Dr.....m'a délivré des informations claires concernant le diagnostic de ma maladie et l'intervention (chirurgicale) qu'il me recommande :

– **J'ai été informé(e) :**

Des bénéfices attendus de cette intervention chirurgicale pour ma santé et des alternatives thérapeutiques.

Des risques de cette intervention en tenant compte :

- D'un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, liés à ma maladie ou à des réactions individuelles imprévisibles.
- Des risques particuliers liés à l'intervention proposée pour laquelle j'ai reçu (si disponible) une note d'information spécifique.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut devoir faire face à un événement imprévu imposant des gestes différents de ceux initialement programmés et j'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait indispensable conformément aux connaissances médicales actuelles.

- **Je reconnais** avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et avoir compris les explications données en réponse. D'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai entre la consultation et l'intervention éventuelle ; ce délai tient compte du caractère d'urgence de l'intervention, des disponibilités de l'équipe chirurgicale et de mes souhaits ; dans cet intervalle le chirurgien (ou le médecin anesthésiste) se rendra disponible pour répondre à d'éventuelles demandes d'informations complémentaires que je ferais directement ou par l'intermédiaire de mon médecin traitant auquel un courrier argumenté est adressé.

- **J'accepte de subir les prélèvements (sang, divers...) nécessaires au diagnostic et à ma prise en charge. J'accepte de subir un dépistage VIH si cela est jugé utile par mes médecins :**

OUI NON

Je m'engage à suivre les traitements médicamenteux (par voie orale ou par voie injectable) qui me seront prescrits. Je pourrai, à tout moment, demander des informations complémentaires concernant ces prélèvements et ces traitements.

- **Je m'engage** à me rendre aux consultations et à me soumettre aux soins prescrits en pré et post-opératoire.

- **J'ai été avisé(e)** que conformément à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades mon dossier médical pourra m'être communiqué à ma demande. Le ou les médecin(s) que je désignerai recevront le compte rendu de mon intervention et toutes les informations utiles à ma prise en charge médicale.

Je déclare avoir reçu une copie du présent consentement

A Nice Le :

Signature, précédée de la mention :

« **J'ai été informé(e) et consens** »