

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT Remis à **Madame**

Le

Par le **Docteur**

Ainsi que le **Docteur** me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales,

Je soussigné(e) **Madame**, confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

Le **Docteur**, m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.

Il m'a remis la fiche d'information préopératoire spécifique, que je m'engage à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée.

J'ai été informé(e) de la possibilité :

- de complications graves,
- de séquelles possibles,
- des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se),
- des réactions individuelles imprévisibles,
- d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe, que je reconnais avoir reçue.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales : hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le **Docteur** à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

**Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.**

J'ai été informé(e) par le **Docteur** \_\_\_\_\_ des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale.

J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser au **Docteur** \_\_\_\_\_, toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant, et que dans cet intervalle le **Docteur** \_\_\_\_\_ est à ma disposition pour répondre à mes questions. Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le **Docteur** \_\_\_\_\_ et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

J'accepte volontiers de répondre au questionnaire suivant en inscrivant des croix dans les cases souhaitées

	Compris	Pas compris
La maladie dont je souffre		
L'évolution sans traitement		
L'opération qui m'a été proposée		
Les autres traitements possibles		
Les conditions de l'hospitalisation		
Le risque de complications		
Informations sur le résultat à espérer		

**Si j'ai coché une case « pas compris », j'admets que l'intervention ne pourra se faire avant qu'une explication complémentaire m'ait été donnée par le Docteur**

Ces documents (consentement éclairé et fiche d'information préopératoire signés et paraphés) doivent être adressés, à mon chirurgien et lui parvenir au plus tard la veille de l'intervention. Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.

Date de remise des documents :

***Signature précédée de la mention manuscrite : « lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention »***

Date de signature par le patient :

**Signature**

**Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.**