

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Ainsi que le Praticien me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je confirme avoir été informé(e), dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

Le Praticien 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 me suis engagé(e) à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée (si la fiche spécifique existe).

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 évènement imprévu** imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Praticien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien. J'ai également bien compris qu'une check-list est réalisée juste avant l'incision, patient(e) anesthésié(e), et que l'intervention chirurgicale peut ne pas avoir lieu en cas de problème de dernière minute.

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.

J'ai été informé(e) par le Praticien 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 Praticien 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 Praticien 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 :

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| • La maladie dont je souffre | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |
| • L'évolution sans traitement | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |
| • L'opération qui m'a été proposée | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| • Les autres traitements possibles | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |
| • Les conditions de l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |
| • Le risque de complications | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |
| • Informations sur le résultat à espérer | <input type="checkbox"/> Compris | <input type="checkbox"/> Pas compris |

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 Praticien.

Ces documents (consentement éclairé et fiche d'information préopératoire signés et paraphés) doivent être adressés, si possible par courrier **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 du document :

Date de la signature :

Signature du patient, précédée de la mention manuscrite : « Lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention » :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien 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.