



(*) Biffer la mention inutile

**Formulaire de consentement éclairé
Adulte/Enfant (*)
Intervention/Examen (*)**

(Document à remplir par le chirurgien avec le concours du patient lors de la consultation pré-opératoire)

Je, soussigné(e), Madame / Monsieur
né(e) le/...../..... certifie avoir pu m'entretenir avec
le Docteur..... en date du/...../..... .

- Il a été convenu que je dois être hospitalisé(e) à partir du/..../ à Epicura, site.....pour bénéficier d'une intervention chirurgicale prévue le /.... /
- Il a été convenu que je dois bénéficier d'une intervention chirurgicale prévue le/..../.....
- Il a été convenu que mon enfant : doit être hospitalisé à partir du/..../..... pour bénéficier d'une intervention chirurgicale prévue le/..../.....

Le Docteur m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé/les problèmes de santé de mon enfant (diagnostic).

- Il m'a expliqué, de façon simple et compréhensible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à cette intervention. Il m'a informé des autres types de traitement, s'ils existent, avec leurs avantages et leurs inconvénients.
- Il m'a clairement indiqué la nature (technique opératoire) et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, les précautions à prendre, les examens pré et post-opératoires nécessaires à effectuer, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.
- J'ai également été prévenu(e) du fait, qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire, en ce compris la transfusion sanguine¹.

- J'ai été invité(e) à me renseigner auprès du service de tarification sur une estimation du coût de mon intervention.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions. Le Docteur y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'ai également été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion et revoir le praticien en cas de questions complémentaires.

¹Biffer si opposition



- Je déclare avoir informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur.
- Je suis prêt(e) à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que l'intervention et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible et je suis conscient(e) que, malgré les précautions et les efforts des médecins, de l'équipe de soignants et moi-même, on ne peut me fournir une garantie absolue de succès.

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à , le/...../.....

Signature du / de la patient(e)
ou de son représentant legal(e)