



FORMULAIRE

LIVRET D'ENTREE PATIENT

CONSENTEMENT ECLAIRE CHIRURGICAL

Information données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée

- Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (art L1111-4 et R 4127-36), je vous confirme que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices et des risques inhérents à toute intervention chirurgicale * s'effectuant sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.
- J'atteste que vous m'avez éclairé(e) des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'intervention suivante :

.....

* Si l'intervention chirurgicale vous est proposée en chirurgie ambulatoire, acceptez vous ce type de prise en charge, après avoir été informé des modalités particulières d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ? OUI NON

- Je reconnais aussi que j'ai pu poser librement toutes les questions concernant cette intervention ainsi que les complications possibles et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité dans la durée de l'intervention, dans les variations anatomiques, dans les cicatrisations ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus
- J'ai également été informé qu'au cours de l'intervention et des soins suivant cette intervention, l'anesthésiste et vous-même pouvez-vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.
- Je reconnais, que d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum à respecter entre la consultation et l'intervention prévue et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toutes interrogations et à celle de mon médecin traitant.
- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations pré et post opératoire et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-opératoire.
- Je soussigné(e),
 - o Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin-patient qui nous lie lors de cette intervention ;
 - o Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant nécessaire ;
 - o Certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention puisse être exécutés en toute sécurité.
 - o Autorise le Dr.....à pratiquer l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à, le

Patient Mineur ou Majeur sous Tutelle
Nom et signature : père ET mère ou tuteur
(précédée de la mention « lu & approuvée »)

Nom de naissance et signature du patient
(précédée de la mention « lu & approuvée »)