



à compléter

Étiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

Avant l'hospitalisation
à conserver

Consentement chirurgical

Au cours de la consultation du/...../..... le docteur, chirurgien, m'a indiqué que l'intervention suivante :

Prévue le/...../..... était opportune.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre, au cas où je ne me ferais pas opérer. Il m'a aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles. Certaines de ces complications peuvent être de survenue exceptionnelle et peuvent n'être parfois pas guérissables.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu. J'autorise et sollicite donc de sa part la prise en considération de ces éventualités et l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Nom :

Date :/...../.....

Signature :

- Remis en deux exemplaires au patient le
- 1 exemplaire rendu signé à l'équipe soignante le



à compléter

Exemplaire à remettre à l'entrée du service

Etiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

Consentement chirurgical

Au cours de la consultation du/...../..... le docteur chirurgien,
m'a indiqué que l'intervention suivante :

Prévue le/...../..... était opportune.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre, au cas où je ne me ferais pas opérer. Il m'a aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles. Certaines de ces complications peuvent être de survenue exceptionnelle et peuvent n'être parfois pas guérissables.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu. J'autorise et sollicite donc de sa part la prise en considération de ces éventualités et l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Nom :

Date :/...../.....

Signature :

- Remis en deux exemplaires au patient le
- 1 exemplaire rendu signé à l'équipe soignante le