



Cabinet de Chirurgie Digestive

Hôpital Privé de l'Estuaire

Docteurs Philippe Chasserant - Matthias KRACHT – Eléonore Pavlovitch

Tél secrétariat : 02 76 89 97 27

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Madame / Monsieur

Vous avez été informé(e) sur votre état de santé et sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans votre cas.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.

Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements vous concernant.

Au cours de la consultation avec le Dr _____ il a été convenu que je devrais être hospitalisé(e) dans votre établissement.

Le Dr _____ m'a donné des informations précises sur mon état de santé.

Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le Dr _____ y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

En conséquence de quoi (1) :

1/ J'autorise le Dr _____ à pratiquer les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection que je présente et ayant fait l'objet d'une information, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.

2/ Je comprends que le Dr _____ peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise le Dr _____ et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

3/ J'autorise en cas de nécessité, l'équipe à pratiquer une transfusion sanguine.

4/ J'autorise le transfert que nécessiterait mon état de santé, dans un autre établissement.

(1) Rayer le paragraphe pour lequel vous n'entendez pas donner votre autorisation.



Cabinet de Chirurgie Digestive

Hôpital Privé de l'Estuaire

Docteurs Philippe Chasserant - Matthias KRACHT – Eléonore Pavlovitch

Tél secrétariat : 02 76 89 97 27

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE
POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE**

Intervention prévue le :

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document.

Fait à :

Le/...../.....

IDENTITE DU PATIENT	Signature du patient
Nom :	
Prénom :	
Date de Naissance :	

Ce document doit être impérativement signé par le patient et remis à l'établissement, au plus tard, le jour de son hospitalisation.

Extrait de l'article L,1111-4 al,3 du Code de santé publique
"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment".