

IDENTIFICATION DU PATIENT**Type d'intervention :** (à préciser).....
.....**Consentement éclairé exécution de l'intervention chirurgicale**
Patient majeur

(Document à remplir par le praticien avec le concours du patient et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande).

Je soussigné(e) M/Mme né(e) le certifie que : au cours de la consultation du Dr du, il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) à partir du auCHwapi sur le site pour y subir une intervention chirurgicale prévue le

Nom de la personne qui exerce les droits en tant que représentant du patient incapable :

Je confirme que le Dr m'a donné des informations précises concernant mes problèmes de santé. Il m'a été expliqué, de façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. J'ai également été informé(e) des alternatives thérapeutiques possibles, s'ils en existent, avec leurs avantages et/ou inconvénients.

Le médecin m'a informé par un langage clair de mon droit de refuser l'intervention.

J'ai reçu des informations claires sur la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais aussi à plus long terme.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un élément imprévu pourraient conduire à étendre l'intervention en réalisation des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. Dans ces conditions, j'autorise le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

En outre, j'affirme avoir été clairement averti(e) d'une estimation du coût financier lié à ce type de traitement en fonction de mes exigences personnelles et de l'indication opératoire.

Je déclare enfin avoir informé loyalement le médecin de mon état de santé antérieur.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions concernant cette intervention et le chirurgien y a répondu de manière complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été données. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

En conclusion, je comprends le sens et les explications du document que je signe ci-dessous. Tout est parfaitement clair et j'affirme en faire mon affaire personnelle.

Je suis prêt(e) à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que l'intervention et son suivi 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 de moi-même, on ne peut me fournir une garantie absolue de succès.

J'accepte que mes photos pré- et postopératoires, après avoir été anonymisées, puissent être utilisées par les soignants à des fins d'éducation ou d'information des patients et/ou pour permettre un suivi de mes soins (par exemple des plaies) par les soignants.

Je marque mon accord pour qu'au besoin mes données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche clinique.

Fait à, le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)