

IDENTIFICATION DU PATIENT

Type d'intervention : (à préciser)

.....
.....

Consentement éclairé pour l'exécution de l'intervention chirurgicale
Patient mineur

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

Je soussigné(e), mère, père, tuteur légal* de l'enfant mineur qui s'appelle, né le, autorise par la présente l'exécution du traitement, de l'opération/de l'examen prévu*. (**** Biffer les notions inutiles***)

Le médecin m'a informé par un langage clair :

- De la nature du problème de santé.
- De l'objectif, de la nécessité et de la mesure d'urgence du traitement proposé.
- Du médecin qui assurera l'opération/l'examen prévu.
- Des avantages, inconvénients et éventuelles alternatives de traitement.
- Des conséquences potentielles, des risques d'échec ou de complications.
- De la nature et de la durée des soins postopératoires.
- De mon droit de refuser l'opération.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et le Dr y a répondu de façon complète et compréhensible.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours d'une intervention, une découverte ou un évènement imprévu pourraient conduire le médecin à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

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 l'état de santé antérieur de mon enfant.

J'accepte que des 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 des soins (par exemple des plaies) de mon enfant par les soignants.

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

Je m'engage à respecter les directives pré- et postopératoires qui m'ont été clairement communiquées.

Fait à, le
Signature du parent/tuteur légal (précédée de la mention « Lu et approuvé »)