

ACTE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE _____
DE NAISSANCE : _____

Au cours de la consultation avec le Docteur.....,
le.....il a été convenu que je dois être opéré(e) à la Blomet le.....

Mon chirurgien m'a donné des informations précises sur ma pathologie.
Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution en l'absence de traitement chirurgical.
Il m'a informé(e) des alternatives thérapeutiques éventuelles et de leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

J'ai ainsi pu poser toutes les questions concernant l'intervention qui m'est proposée et j'ai bien noté qu'il existe une imprévisibilité dans sa réalisation, sa durée, ou des aspects particuliers tels des variations anatomiques ou des problèmes liés à la cicatrisation des tissus, etc ... ainsi que des risques exceptionnels voire même inconnus ou graves y compris vitaux, afférents à toute intervention chirurgicale. Un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tient non seulement à la pathologie dont je souffre mais également aux associations morbides dont je puis être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles.

En ce qui me concerne, je m'engage à informer au préalable et par écrit le chirurgien, sincèrement et totalement, des pathologies, interventions, soins, traitements et médications dont j'ai bénéficié et que j'ai suivi ainsi qu'aux éventuelles complications survenues.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme ainsi que l'éventualité d'une reprise. J'ai été prévenu(e) de la possibilité que l'intervention chirurgicale soit stoppée avant qu'elle ne démarre réellement et même si l'anesthésie a été déjà réalisée dans des circonstances mettant ma sécurité en jeu, ou pouvant faire que le résultat de l'intervention ne soit pas celui attendu. J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un événement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires de ceux prévus initialement.

J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister pour cela par un autre praticien.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et mon chirurgien y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été données. J'ai reçu les informations relatives à l'hospitalisation, au coût et à la technique de l'intervention chirurgicale et la possibilité de consulter le site Internet ICP Paris® à l'adresse www.icp-paris.fr contenant le récapitulatif de l'ensemble des informations nécessaires à ma parfaite information.

Je reconnais avoir rencontré le praticien personnellement et avoir disposé du temps suffisant et nécessaire pour comprendre les informations fournies, réfléchir sur le principe de l'intervention chirurgicale et recueillir si nécessaire des avis complémentaires voire solliciter un nouveau rendez-vous d'information préalable. Je reconnais que le délai entre la consultation initiale et la date de l'intervention est tout à fait suffisant, permettant à mon médecin traitant ou à moi-même de répondre à d'éventuelles interrogations supplémentaires.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations, à me soumettre à tous les soins et recommandations qui me seront prescrits en pré et en post-opératoire.

L'ICP, en tant que centre de stage, d'innovation et de publication participe activement à des travaux de recherche dont le but est de faire progresser les pratiques. Ainsi, j'autorise mon chirurgien à utiliser dans le strict respect du secret médical, toute donnée de mon dossier médical, clinique ou iconographique, pour des études et/ou pour faire l'objet de communication ou publication scientifiques, en conformité avec la Loi JARDE de Mars 2012 (décret 2016-1537).

Je confirme que les explications fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cette intervention chirurgicale et considère l'information reçue, loyale, claire et appropriée au sens des dispositions de l'article 35 du code de déontologie des médecins (article R. 4127-35 du code de la santé publique).

Je reconnais avoir reçu les éléments suivants :

- Un questionnaire d'évaluation de la consultation initiale
- Une fiche d'informations relatives à l'hospitalisation à la clinique Geoffroy St Hilaire
- Une fiche d'informations relatives à ma pathologie et aux moyens de la traiter
- Un devis préalable relatif au coût de l'intervention

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci dessus.

Fait à Paris en double exemplaire, le.....

SIGNATURE :

ACTE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRE SUR L'USAGE DE
LA RADIOSCOPIE
PER-OPÉRATEIRE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Au cours de la consultation avec le Docteur le
il a été convenu que je dois être opéré(e) à la Clinique Blomet le
Procédure chirurgicale :

Au cours de cette intervention un acte de radiographie sera effectué sur décision médicale et dans le cadre d'une nécessité liée à votre prise en charge. Il sera pratiqué avec votre consentement en amont de l'intervention. Une information vous est fournie sur le déroulement de cette procédure et de ses suites. Le praticien est qualifié pour juger de l'utilité de cette technique pour votre prise en charge chirurgicale.

Il est très important que vous répondiez bien aux questions qui vous seront éventuellement posées sur votre état de santé.

La radiologie utilise des rayons X. En matière d'irradiation des patients, aucun risque n'a pu être démontré chez les patients compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée. A titre d'exemple, un cliché simple correspond en moyenne à l'exposition moyenne naturelle (soleil) subie lors d'un voyage de 4 heures en avion. Les appareils de radioscopies utilisés dans le bloc opératoire sont bien moins irradiants que ceux destinés à pratiquer les radiographies.

Toutefois, pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez l'être.

De quoi s'agit-il ?

Cet appareil permet de faire des images du corps humain. Les renseignements apportés par cet examen sont souvent déterminants une prise en charge précise lors de l'opération.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE : Avant l'opération, merci de répondre à ces trois questions (rayer les mentions inutiles) :

- **Etes-vous enceinte, susceptible de l'être ou avez-vous le moindre doute ?**
Oui Non Non concerné
- **Avez-vous un retard de règles ?**
Oui Non Non concerné
- **Etes-vous radio-sensible (propriété de tissu organique à être sensible aux rayons ionisants, par exemple : personne à haut risque familial de cancer du sein...) ?**
Oui Non

Il est normal que vous vous posiez des questions. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.

J'ai personnellement rempli ce document et je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à Paris en double exemplaire, le..... SIGNATURE :