

ACTE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Procédure chirurgicale

Au cours de la consultation avec le Docteur, le il a été convenu que je dois être opéré(e) à la Clinique Geoffroy Saint Hilaire 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 bénéfiques 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 également été prévenue(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un évènement 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.

J'autorise mon chirurgien à utiliser dans le strict respect du secret médical toute donnée médicale ou iconographie dans le cadre de travaux scientifiques (communication orale, publication dans une revue spécialisée ou en ligne) visant à évaluer les connaissances scientifiques sur ma pathologie, dans le but de les faire progresser.

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 :



Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Docteur le et devant bénéficier d'une intervention chirurgicale, il a été convenu que je devrais être anesthésié(e) à la Clinique Geoffroy Saint Hilaire le

Procédure anesthésique

J'ai été informé(e) des bénéfices et risques des différentes techniques d'anesthésie, au cours de ma consultation, ainsi qu'à la lecture du Guide Information Patient qui m'a été remis.

J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été faites.

Je donne mon consentement à la procédure anesthésique, et accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

S'il s'agit d'une hospitalisation ambulatoire (entrée et sortie dans la journée)

Je m'engage à :

- ✓ Etre accompagné(e) par une personne majeure pour mon retour à domicile, et à ne pas conduire.
- ✓ A ne pas rester seul(e) jusqu'au lendemain de l'opération.
- ✓ A ne pas travailler le jour de l'intervention, après l'anesthésie.

Un maintien en hospitalisation courte peut être décidé par un médecin, si une raison médicale le justifie.

Fait à Paris en double exemplaire, le

SIGNATURE :