

étiquette

Déclaration de consentement pour l'exécution d'un
acte médical

Intervention prévue:

Madame, Monsieur

Vous allez en raison d'une maladie ou d'un accident subir une intervention chirurgicale. Avant l'intervention, le/la médecin va vous informer de la nécessité ainsi que des possibilités chirurgicales. Afin que vous puissiez pleinement consentir à la prise en charge, vous devez connaître et comprendre les risques, les suites opératoires ainsi que les alternatives.

☒ Intervention prévue:

☒ Prolongation de l'intervention?

La durée de l'intervention peut être prolongée en cas de difficultés techniques ou de résultats inattendus. Dans certaines situations, le choix de la méthode opératoire ne peut être défini que au cours de l'intervention et de ce fait est choisi par l'opérateur selon son expérience et son savoir.

☒ Quelles complications sont possibles?

Complications inhérentes à toute intervention:

- Pneumonie
- Thrombose [REDACTED]
- Infection superficielle, profonde
- Lésions des organes voisins
- Hémorragie

Complications spécifiques:



, év. infecti

☐ Remarques complémentaires médicales

☒ Déclaration

☒ J'ai été en ce jour informé(e) au cours d'un entretien de l'acte médical susmentionné (investigation, opération) qui devra être exécuté sur ma personne. Lors de cet entretien, j'ai reçu les explications relatives à la gravité de mon affection, la nécessité et le degré d'urgence du traitement, le déroulement de l'intervention, d'éventuelles alternatives thérapeutiques de même que des facteurs pouvant augmenter le risque de cette intervention. J'ai également été informé d'éventuelles conséquences physiques, psychiques et professionnelles. J'ai obtenu des réponses complètes et compréhensibles à toutes mes questions. J'ai bien pris connaissance du fait qu'aucune garantie de succès ne peut être donnée et qu'une extension ou une modification de l'intervention prévue restent possible selon les circonstances au moment de l'intervention. Je confirme avoir eu la possibilité de poser des questions supplémentaires au médecin après l'obtention de ces informations. J'ai également bénéficié de suffisamment de temps pour réfléchir en toute tranquillité de ce qui m'a été communiqué pour donner mon accord pour cette intervention.

☒ J'accepte que selon le règlement cantonal en cas d'une tumeur, mes données seront transmises au registre du cancer de mon canton de domicile. Dans ce cas l'évaluation restera anonyme.

☐ Il n'est pas nécessaire d'appeler un proche après l'opération

☒ Je prie l'opérateur d'informer mes proches par le numéro de téléphone ci-dessous dès que l'opération sera terminée.

Numéro de téléphone:

☒ partenaire (mar)

☐ enfants

☐ soeur/frère

☐ autre

Lieu et date

Signature du patient

☐ Checkliste Patientensicherheit Inselspital Bern (präoperativer Check)

Patientenidentität kontrolliert

☒ Ja

Richtigkeit des Eingriffes

☒ Ja

Abgleich mit dem RAP

☒ Ja

Eingriffsseite markiert

☐ Ja

☒ Nicht anwendbar

Einverständnis unterschrieben

☒ Ja

☐ Nein, besondere Gründe

Lieu et date

Signature du Médecin