



Hôpital européen Georges-Pompidou

## AUTORISATION D'OPÉRER

20, rue Leblanc  
75908 PARIS Cedex 15  
Tel : 01 56 09 20 00  
Fax : 01 56 09 21 18  
N° F.I.N.E.S.S. : 750803447

### CHIRURGIE DIGESTIVE, GENERALE ET ONCOLOGIQUE

Docteur Emilia RAGOT  
Tél : 01 56 09 35 34  
Fax : 01.56.09.32.64

**Intervention chirurgicale programmée (ou procédure thérapeutique, procédure diagnostique, anesthésie):** ESTOMAC : GASTRECTOMIE ATYPIQUE COELIO (CONV D)

Je soussigné **Monsieur** [REDACTED] né le [REDACTED] autorise le Docteur Emilia RAGOT et l'équipe chirurgicale sous sa direction au sein de l'hôpital Européen Georges-Pompidou à réaliser l'intervention chirurgicale susvisée, dans le cadre du service public hospitalier.

#### **J'atteste que le Docteur Emilia RAGOT m'a informé :**

- de la nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté, en l'absence de prise en charge chirurgicale ;
- de la nature de l'intervention chirurgicale ;
- du but, de la justification, des bénéfices, des risques et éventuelles complications ainsi que des alternatives à l'intervention chirurgicale proposée ;
- des actes médicaux qui s'y attachent ;
- des risques graves et des complications connus qui peuvent en découler, pouvant entraîner une ré-intervention et mettre parfois en jeu le pronostic vital ;
- que toute intervention chirurgicale, même par coelioscopie, laisse des cicatrices, dont des cicatrices internes appelées brides pouvant être responsables de douleurs abdominales et parfois d'occlusion.

J'autorise également la mise en place d'un matériel étranger (ex : prothèse, sutures, filet...) si le Chirurgien le juge nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir reçu à ce sujet une information sur les risques encourus et les alternatives.

Je consens à l'administration d'une anesthésie / sédatif / analgésie jugée nécessaire à la réalisation des actes chirurgicaux et médicaux qui s'y rattachent.

Je consens, de plus, à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire par l'équipe chirurgicale.

Je comprends que durant l'intervention chirurgicale, une situation non prévue peut survenir qui nécessite une procédure différente de celle envisagée et discutée. Dans ce cas de figure ou dans le cadre de l'opération prévue, je consens à la réalisation d'une procédure chirurgicale additionnelle ou modifiée que le Chirurgien peut juger nécessaire.

J'atteste que le Docteur Emilia RAGOT m'a donné la possibilité de poser des questions et qu'une réponse à toutes mes questions m'a été donnée.

Par la présente, je donne mon consentement éclairé par ces explications et ces réponses pour que cette intervention soit réalisée.

Fait à Paris, le [REDACTED]

Signature

*da Costa*