

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Je soussigné(e) [redacted] (nom, prénom du patient),  
né(e) le [redacted] autorise le médecin désigné par le Service de Chirurgie du CHU de  
Toulouse [redacted] à pratiquer l'intervention chirurgicale [redacted]

J'atteste que le Dr [redacted] m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale. Il  
m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à  
l'intervention chirurgicale proposée. On m'a donné la possibilité de poser des questions et une réponse à toutes mes  
questions m'a été donnée.

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

Je consens de plus à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire par le médecin ou son (ses)  
associé(s)/assistant(s). Les bénéfices et les traitements alternatifs possibles m'ont été expliqués de même que les risques  
et conséquences possibles.

Fait

Signature :