



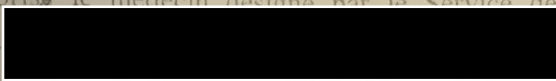



HÔPITAL RANGUEIL  
1, avenue Jean-Poulhès  
TSA 50032  
31059 Toulouse Cedex 9

  
Hôpitaux de Toulouse

PÔLE DIGESTIF

## CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Je soussigné(e)  (nom, prénom du patient),  
né(e) le  autorise le médecin désigné par le Service de Chirurgie du CHU de  
Toulouse  intervention chirurgicale 

J'atteste que le Dr  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 :

