



CONSENTEMENT PREALABLE A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nom et prénom Mlle. M.

Né(e) le :

Au cours de la consultation de la (date)

le Docteur

M'a apporté les diverses explications liées à mon état de santé et à l'intervention envisagée.
(Document spécifique d'information transmis non.)

Nature de l'intervention ou acte invasif:

Il m'a en particulier expliqué:

- Les raisons qui l'amènent à me proposer cette intervention,
- Les conséquences possibles d'une abstention thérapeutiques,
- Les diverses alternatives thérapeutiques
- Les bénéfices respectifs de chacune,
- Les inconvénients et les risques de chaque option.

Dans le cadre de cet entretien, j'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai compris les réponses fournies.

Je donne ainsi mon accord pour que cette intervention soit réalisée selon les modalités envisagées.

Au cas où les circonstances l'exigeraient, j'accepte par anticipation les modifications de technique opératoire qui s'avéreraient nécessaire lors de cet acte.

J'émetts cependant les restrictions suivantes :

J'autorise également les prélèvements nécessaires pour les divers examens de laboratoire. L'éventualité de devoir recourir à des transfusions sanguines a été évoquée et les réponses fournies ont répondu à mes attentes.

Je donne mon accord pour l'utilisation de mes données médicales à caractère personnel pour d'éventuels travaux scientifiques.

En cas de nécessité la personne à avertir est M. ou Mme:

Fait à

fait après signature du patient,

Le:

Le:

Nom et prénoms du patient
Ou de son représentant légal
Signature du patient Ou de
son représentant légal

Nom du Médecin

Signature du Médecin

Service de Chirurgie
Digestive et Viscérale
CHU DE COCODY