Nom Prénom né(e) le .....
Date d'intervention : .....
Le .....

RECONNAISSANCE D'INFORMATION - CONSENTEMENT ECLAIRÉ

IMPORTANT :
Document original à retourner impérativement au secrétariat du DR ...
AVANT l'intervention chirurgicale (par courrier, en le déposant directement au secrétariat ou dans la boite aux lettres). En cas d'oubli l'intervention ne pourrait avoir lieu.

Comme le docteur ..... me l'a demandé(e) et pour répondre aux obligations légales, je soussigné(e), *Nom Prénom*, né(e) le ..... , confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, des risques graves, y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale, et en particulier infectieux, liés à l'intervention que je dois subir.

J'ai été informé(e) de l'existence d'un certain pourcentage de complications graves, de séquelles possibles et de risques, y compris vitaux tenant non seulement à l'affection dont je suis atteint et aux associations morbides dont je puis être porteur(se), mais également à des réactions individuelles, imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser au docteur ..... toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques locorégionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels voire même inconnus.

J'ai été informé par le docteur ..... des bénéfices attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire ultérieure.
Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et demander au docteur ..... de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, le docteur ..... à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire éventuellement assister pour cela par un autre praticien.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date d'intervention me semble tout à fait suffisant, et que, dans cet intervalle, le docteur ..... est à ma disposition pour répondre à toute interrogation de moi-même ou de mon médecin traitant.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues et à me soumettre à tous les soins, toutes les précautions et recommandations qui me seront prescrites en pré et postopératoire.

Je fais confiance au docteur ..... pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat espéré.

Je reconnais avoir reçu un devis concernant mon intervention et l'avoir accepté.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité mais une reconnaissance d'information.

Date : Nom et Prénom :
Signature (si le patient est mineur, signature des parents)
à faire précéder de la mention "lu, approuvé et compris"