

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT MAJEUR
AUTORISATION D'OPÉRER - AUTORISATION DE SOINS
INTERVENTION CHIRURGICALE / ACTE INVASIF**

Je soussigné(e),

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom:..... Né(e) le :/...../.....

Atteste avoir eu un entretien avec le Dr :le/...../.....

Intervention proposée :

Côté opéré (le cas échéant) : gauche / droit (barrer la mention inutile)

AU COURS DE CET ENTRETIEN :

J'ai été informé(e) des bénéfices de cette intervention en général et des risques en particulier.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de cette intervention un évènement imprévisible peut imposer au praticien de réadapter son geste et l'autorise dans ces conditions à effectuer tout acte qu'il estimerait indispensable conformément aux connaissances médicales actuelles.

J'ai été informé(e) et j'accepte l'utilisation de rayonnement ionisant dans le cadre du protocole opératoire ou au cours d'un évènement imprévisible.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et avoir compris les explications données en réponse. Lors du délai entre la consultation et l'intervention mon médecin traitant le Dr : pourra prendre contact avec le praticien afin d'avoir des explications plus détaillées.

J'accepte de subir les prélèvements (sang, divers...) nécessaires au diagnostic et à ma prise en charge.

Je m'engage à suivre les traitements médicamenteux (par voie orale ou injectable) qui me seront prescrits. Je pourrai, à tout moment, demander des informations complémentaires concernant ces prélèvements et ces traitements.

J'ai été informé(e) que la date de l'intervention est susceptible d'être modifiée en raison des contraintes d'organisation du bloc opératoire.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention dans les conditions ci-dessus.

La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Le/...../.....

Signature :