

## CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

### INFORMATION AU PATIENT SUR LES BENEFICES / RISQUES DE L'INTERVENTION PROPOSEE ET RECUEIL DE SON CONSENTEMENT ECLAIRE conformément à l'article L111-2 du code de la santé publique et à la loi n°2009-879 du 23 juillet 2009

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien les informations loyales, claires et appropriées nécessaires à mon adhésion totale et consentie à l'intervention et au traitement proposés et concernant :

- ⇒ La pathologie dont je souffre et ses risques évolutifs
- ⇒ Les modalités, les techniques qui seront mises en oeuvre pour l'acte chirurgical prévu
- ⇒ Les précautions préalables que je dois respecter
- ⇒ Le rapport bénéfices / risques de l'acte chirurgical
- ⇒ Les alternatives thérapeutiques, si elles existent
- ⇒ Les explorations, examens complémentaires nécessaires en vue de mon intervention, y compris le dépistage des virus HIV, de l'hépatite B et C
- ⇒ Le risque infectieux possible lors de toute hospitalisation et a fortiori lors de tout acte médical et chirurgical. Cette infection peut survenir dans les jours, les semaines voire les mois qui suivent l'intervention. Une identification des germes en cause est nécessaire pour prescrire un traitement antibiotique adapté. Dans certains cas, une ou plusieurs interventions supplémentaires peuvent être nécessaires. Des séquelles voire un handicap peuvent en découler.

J'ai été informé que je dispose d'un délai minimum de réflexion entre la consultation et l'intervention prévue, pendant lequel le chirurgien répondra à toutes mes interrogations et à celle de mon médecin traitant.

Je reconnais avoir été informé qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face de découverte ou d'événements imprévus et être amené à prendre des décisions conduisant à des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus et discutés en consultation. Ainsi, si l'intervention devait se dérouler en chirurgie vidéo assistée (coelioscopie, arthroscopie...) ou être de type mini-invasive, je comprends que le chirurgien puisse décider de pratiquer une chirurgie ouverte.

**Je reconnais avoir été informé que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et risques, y compris vitaux, de lésions d'organes ou même des risques encore inconnus.**

Je reconnais avoir été informé que l'usage du tabac, de l'alcool et des autres substances toxiques, que les pratiques diététiques individuelles ou le non-respect des consignes pré et post-opératoires peuvent affecter gravement mon état de santé, ma cicatrisation et être à l'origine de complications.



Je, soussigné .....

déclare avoir reçu une information spécifique et personnalisée à l'intervention que je vais subir et au traitement qui sera mis en oeuvre, informations que je considère comme loyales, simples, intelligibles et appropriées, me permettant de donner mon consentement éclairé.

Fait le ..... à .....

Signature du patient (ou de ses représentants légaux) :

#### PARTIE à REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Date de l'entretien,  
signature et  
tampon du praticien