

## CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

Madame, Monsieur,

Vous-même, ou votre enfant, allez être hospitalisé(e), et opéré(e) à la Nouvelle Clinique Bonnefon.

Le Personnel soignant et les Médecins s'engagent à vous apporter les meilleurs soins et à vous fournir les renseignements concernant votre état et les gestes d'exploration et de traitement qu'il nécessite.

Nous avons l'obligation légale de faire la preuve que cette information vous a été apportée et que nous avons répondu à toutes vos questions. Nous devons en particulier vous énumérer les complications susceptibles de survenir au cours du traitement de l'affection dont vous souffrez .

Tout examen, tout geste chirurgical, même le plus bénin, comporte des risques, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection qui sera traitée par l'intervention mais également à des variations individuelles, parfois imprévisibles. Toutes les complications cumulées ne représentent qu'un très faible pourcentage de cas. Mais des complications générales, infectieuses, hémorragiques, allergiques, Phlébitique , emboliques ou liées à des intolérances médicamenteuses ou à des implants organiques ou prothétiques peuvent survenir et laisser des séquelles. Des complications infectieuses peuvent survenir bien que toutes les précautions soient prises (aseptie draconienne, antibiothérapie préventive, bilan préopératoire notamment dentaire et urinaire etc...) elles surviennent plus fréquemment chez des sujets présentant une baisse des défenses de l'organisme comme par exemple en cas de traitement cortisonique, ou chimiothérapique anti-cancéreuse, ou en cas de diabète ainsi que de séropositivité au v.i.h. Une infection intercurrente d'un site différent de celui de votre opération (abcès dentaire infection urinaire, sinusite etc..) peut disséminer des germes par voie sanguine qui risquent d'infecter le site opératoire surtout en l'absence de traitement. Par ailleurs un résultat partiel est toujours possible même en l'absence de problèmes techniques.

Votre Chirurgien a pesé soigneusement et comparé les risques évolutifs de votre maladie et les complications éventuelles de son exploration et de son traitement. L'équipe qui vous prend en charge mettra tout en œuvre pour vous assurer les meilleurs traitements adaptés à votre état, dans la sécurité et l'humanité.

**Veillez lire attentivement ce texte.** Nous avons étudié avec vous les conséquences de votre maladie en l'absence de traitement, les alternatives thérapeutiques, les bénéfices escomptés de l'intervention proposée, nous vous avons exposé les risques et complications possibles de votre intervention. Vous pouvez, naturellement nous demander tous les éclaircissements que vous pourriez souhaiter pour une meilleure compréhension de son contenu. Nous vous fournirons, en outre, tous les renseignements complémentaires que vous pouvez souhaiter, spécifiques à votre cas, à votre pathologie. nous pouvons vous réexpliquer, si vous le souhaitez, les précautions et les prescriptions que vous devrez suivre pour en obtenir les meilleurs résultats et prévenir, autant que possible, des complications futures.

**Si vous n'acceptez pas les risques liés à l'intervention, si vous n'avez pas confiance : ne vous faites pas opérer**

Je soussigné certifie avoir **lu et compris** ce document d'information sur la Chirurgie et avoir été informé(e) des risques y compris graves et vitaux inhérents à la chirurgie et particulièrement au traitement et à l'intervention proposés. J'ai pu poser toutes les questions que je désirais poser. J'ai été satisfait(e) des réponses faites aux questions concernant plus particulièrement mon cas. Les explications fournies ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer l'intervention prévue. J'ai également été averti qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se

trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement. J'autorise et sollicite, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister par un autre praticien.

**Pour des raisons de sécurité, le chirurgien ou le médecin anesthésiste pourront annuler ou reporter l'intervention à tout moment même en dernière minute notamment en cas de risque révélé par la check-list préopératoire.**

Je reconnais que le délai entre la consultation et l'intervention est suffisant pour la réflexion et pour répondre à mes interrogations ou celles de mon médecin traitant.

Je vous ai informé sincèrement et totalement de mon état de santé, de mes traitements en cours et de mes antécédents et je m'engage à respecter scrupuleusement les recommandations et prescriptions du chirurgien et à me rendre aux consultations de contrôle.

J'autorise en outre le chirurgien à utiliser un logiciel informatique pour le suivi clinique en respectant les recommandations de la CNIL.

**Nom du Patient: (ou de son représentant légal)**

**Date**                      **Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »**

**Ce document ne doit être remis au chirurgien qu'après un délai de réflexion (sauf urgence)**

J'ai expliqué en détail au Patient les risques potentiels et le bénéfice escompté du traitement proposé et j'ai répondu aux questions du mieux possible en fonction de l'état actuel des connaissances. D'un commun accord, nous pensons que ces informations ont été suffisantes pour éclairer sa décision.

**Nom du Médecin:**                      **Signature**