

# CONSENTEMENT ECLAIRE INTERVENTION CHIRURGICALE ACTE INVASIF

ÉTIQUETTE PATIENT

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : / / Sexe : F  M   
 Entretien avec le praticien : ..... Lors de la consultation du : / /  
 Concernant l'intervention ou l'acte invasif : .....

Le praticien m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé et les raisons qui le conduisent à me proposer cette intervention.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai reçu toutes les informations sur les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, graves mais exceptionnels, de l'intervention proposée.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai également été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention et des différentes alternatives thérapeutiques possibles.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai compris que toute intervention chirurgicale comporte des risques de complications, dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Je reconnais que le praticien a répondu de façon complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaité lui poser.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai enfin été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'accepte par anticipation que des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus soient réalisés face d'une découverte ou d'un événement imprévu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'émetts cependant des restrictions : Si oui, préciser lesquelles : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'autorise également les prélèvements nécessaires pour les divers examens de laboratoire.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai disposé d'un délai suffisant de réflexion et je donne mon accord pour cette intervention / acte	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date : / /

Signature du patient :

Signature du praticien :

## AUTORISATION D'OPÉRER UN MINEUR / MAJEUR PROTÉGÉ

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

PARENT 2

Nom d'usage : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Tel. : ..... Tel. : .....

autorisons / autorise, en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale / représentant légal

qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée sur .....

ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.

Date : / /

Signature parent 1 / représentant légal :

Signature parent 2 :

*En application de l'article L1111-2 du code de la Santé Publique, la signature des deux parents est indispensable pour une prise en charge des mineurs sauf si l'autorité parentale est exercée par un seul parent. Dans ce cas, un justificatif doit être présenté à la visite d'anesthésie et en préadmission.*

*Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com.*