

Attestation de consentement éclairé

Le _____ (Date de délivrance du document)

Comme le Docteur Y. TOURNÉ me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales,

Je soussigné _____, né(e) le _____

- J' ai été été informé(e) par lui, dans le détail, des risques graves, y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale, et en particulier infectieux, et des risques graves, y compris vitaux, particuliers à l'intervention dont je dois bénéficier le _____
- 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 peux être porteur, mais également à des réactions individuelles imprévisibles et à un éventuel aléa thérapeutique.
- J'ai pu poser au Dr TOURNÉ 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 loco-régionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. J'ai été informé(e) par le Dr TOURNÉ 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 des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et demander au Dr TOURNÉ 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 événement imprévu imposant des actes complémentaires, ou différents de ceux prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, le Dr TOURNÉ 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 de l'intervention me semble tout à fait suffisant, et que dans cet intervalle, le Dr TOURNÉ 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 prescrits en pré et post-opératoire. Je fais confiance au Dr TOURNÉ pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat espéré.

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

Date : ____/____/____ Signature (précédée de la mention " lu et approuvé").

Document à renvoyer impérativement à mon secrétariat avant l'intervention