



Dr Guillaume BOUDRANT
Ancien Interne des Hôpitaux de NANCY
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de NANCY
Ancien Assistant des Hôpitaux de NANCY

RPPS : 10004421490
AM : 711035709
Guillaume.BOUDRANT@medical71.apicrypt.org

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT

Remis à M né(e) le .././.....

Le/...../202...

Par le Dr

Ainsi que le Dr me l'a demandé et pour répondre aux obligations légales, je soussigné(e) M..... né(e) le/...../..... confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques et de la fiche d'information édité par l'AFU à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

@

Le Dr m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.

Il m'a remis la fiche d'information préopératoire spécifique (fiche AFU), que je m'engage à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée.

J'ai été informé(e) de la possibilité :

- * de complications graves,
- * de séquelles possibles,
- * des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se),
- * des réactions individuelles imprévisibles,
- * d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe, que je reconnais avoir reçue.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales : hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à **une découverte ou un évènement imprévu** imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Dr BOUDRANT à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) par le Dr des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale.

J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment claires pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai bien compris que la pandémie actuelle du COVID 19 impose à la population des risques accrus de contracter une maladie potentiellement grave et que toute sortie de mon domicile est un facteur aggravant.

Mon médecin m'a bien expliqué les mesures de préventions qui sont mise en place pour les soins que me sont proposés mais que le risque n'est pas totalement contralable.

J'ai pu poser au Dr toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe **une imprévisibilité de durée**, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme **que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant**, et que dans cet intervalle le Dr est à ma disposition pour répondre à mes questions. **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.**

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Dr et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

Ce document signé et paraphé (Page 1/2 et Page 2/2) doit être adressé à mon chirurgien au plus tard le jour de mon entrée en clinique. Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas **je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.**

Date de remise des documents :/...../..... par le Dr

Signature précédée de la mention manuscrite : "lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention"

Date de signature par le patient :

Mention manuscrite :

Signature :

Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.