

# FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ APRÈS DÉLAI DE RÉFLEXION



**IMPORTANT : VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT RAPPORTER CE DOCUMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ LE JOUR DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION ET LE REMETTRE À L'INFIRMIER(E) DU SERVICE.**

**⤵ PARTIE À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE PATIENT, LE REPRÉSENTANT LEGAL OU LE TUTEUR ⤵**

Je soussigné(e), Mme  ou M.

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PRÉNOM(S) : .....

né(e) (J/M/A) le ...../...../..... à (ville) ....., N° de département : .....

atteste avoir été reçu(e) en consultation par le Docteur ....., le ...../...../.....

1. À cette occasion, vous m'avez exposé dans le détail :

- les informations précises relatives à ma pathologie et son évolution prévisible en cas de refus d'intervention thérapeutique,
- la description et le déroulement des examens, investigations, soins, intervention envisagés et des alternatives possibles,
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés, leurs conséquences et leurs inconvénients,
- les complications possibles (liées aux suites opératoires, à la pathologie, à toute autre maladie dont je puis être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles), leurs risques, y compris infectieux et vitaux, et l'éventualité de reprises chirurgicales,
- les précautions particulières et générales que je dois prendre.

2. Je reconnais que vous avez procédé à une évaluation « bénéfices / risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour prendre ma décision et accepter l'intervention préconisée qui devrait être :

..... } Reporter ici l'intitulé d'intervention envisagée

Je confirme avoir pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité de durée d'hospitalisation, de délai de cicatrisation, etc., ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

3. Lors de notre entretien, vous m'avez remis une documentation, qui complète l'information délivrée oralement, en me recommandant de la lire « à tête reposée ».

Vous m'avez incité(e) à vous recontacter, le cas échéant, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions

ce que j'ai fait

ce que je n'ai pas fait car je n'en ai pas ressenti le besoin

# FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE APRES DELAI DE REFLEXION



GROUPE HOSPITALIER  
MUTUALISTE DE GRENOBLE  
Clinique d'Alembert, Clinique des Eaux-Clares, Institut Daniel HOLLARD

Formulaire - Page 2 / 2 -

Référence : FO-PCP-SEJ-016  
Version 4.0 du 12/08/2019

**4.** Je reconnais que le délai entre la consultation et l'intervention me semble tout à fait satisfaisant et que dans cet intervalle vous êtes à ma disposition pour répondre à toutes mes interrogations.

**5.** Je suis informé(e) que je peux renoncer à cette intervention en retirant mon consentement à tout moment.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature (du patient, du représentant légal ou du tuteur)\*

\*précédée de la mention manuscrite « Lu, approuvé et compris »

➔ **Espace libre (remarques, schémas, etc.) pour le praticien et/ou le patient :**

**Un exemplaire de ce document est à conserver dans le dossier médical du patient.**