

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



IMPORTANT :

**VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT RAPPORTER CE DOCUMENT COMPLETE ET SIGNE
LE JOUR DE L'ADMISSION EN HOSPITALISATION
ET LE REMETTRE A L'INFIRMIER(E) DU SERVICE CONCERNE**

**EN L'ABSENCE DE CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLETE ET SIGNE,
VOUS NE POURREZ PAS ÊTRE PRIS(E) EN CHARGE.**

En application des articles L1111-2, L1111-4, R4127-35, R4127-36, R4127-41 du code de la santé publique

Je, soussigné(e), Mme ou M.

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM(S) :

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

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

⤵ PARTIE A COMPLETER ET A SIGNER PAR LE PATIENT, LE REPRESENTANT LEGAL OU LE TUTEUR ⤵

1. A l'occasion de la consultation initiale, vous m'avez exposé dans le détail, de manière loyale, claire et appropriée :

- les informations précises relatives à ma pathologie et son évolution possible 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,
- leurs complications possibles (liées aux suites opératoires, à la pathologie dont je souffre, à toute autre maladie dont je puis être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles), leurs risques, y compris anesthésiques, 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 arrêter mon choix en confiance et vous demander de pratiquer l'intervention qui devrait être :

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

indiquée pour traiter l'affection dont je souffre qui s'est révélée être :

..... } Indiquer ici l'affection

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



Je confirme avoir pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note qu'il existe, outre les risques précédemment cités, une imprévisibilité de durée d'hospitalisation, d'aspect ou de forme anatomique, de délai de cicatrisation, etc., ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. Je vous fais confiance pour utiliser les moyens dont vous disposez pour approcher le résultat souhaité.

3. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention vous pouviez vous trouver face à une découverte, un événement imprévu, imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, à effectuer tout autre acte que vous estimeriez nécessaire et à vous faire assister, le cas échéant, par un autre praticien.

4. Lors de notre entretien, vous m'avez remis une documentation, qui complète l'information délivrée oralement, et que j'ai lue « 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.

5. De mon côté, je vous ai informé, sincèrement et totalement, des interventions, soins, traitements et modifications dont j'ai bénéficié et que j'ai suivis à ce jour, ainsi que des complications survenues.

6. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous prescrirez en pré et postopératoire.

7. 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, et à celles de mon médecin traitant.

8. 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 »

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