

CONSENTEMENT ECLAIRE

Au cours de la consultation du **Docteur RASPADO** du.....
Il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) le.....
à l'Infirmierie Protestante pour y subir une intervention chirurgicale le

Le **Docteur RASPADO** m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un événement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le **Docteur RASPADO** y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à en double exemplaire

Le

Nom :

Signature

Un exemplaire de ce document, signé par vos soins, doit être remis à la surveillante de l'unité d'hospitalisation lors de votre admission.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Au cours de la consultation du Docteur GARBIT du.....
Il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) le.....
à l'Infirmierie Protestante pour y subir une intervention chirurgicale le.....

Le Docteur GARBIT m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un événement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le Docteur GARBIT y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à..... en double exemplaire,
Le.....

Nom :

Signature

Un exemplaire de ce document, signé par vos soins, doit être remis à la surveillante de l'unité d'hospitalisation lors de votre admission.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Au cours de la consultation du **Docteur BLEHAUT** du.....
Il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) le.....
à l'Infirmierie Protestante pour y subir une intervention chirurgicale le.....

Le **Docteur BLEHAUT** m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un évènement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le **Docteur BLEHAUT** y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à..... en double exemplaire,
Le.....

Nom :

Signature

Un exemplaire de ce document, signé par vos soins, doit être remis à la surveillante de l'unité d'hospitalisation lors de votre admission.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Au cours de la consultation du **Docteur LOIRE** du.....
Il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) le.....
à l'Infirmierie Protestante pour y subir une intervention chirurgicale le.....

Le **Docteur LOIRE** m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un événement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le **Docteur LOIRE** y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à..... en double exemplaire,
Le.....

Nom :

Signature

Un exemplaire de ce document, signé par vos soins, doit être remis à la surveillante de l'unité d'hospitalisation lors de votre admission.