



**Consentement éclairé pour  
traitement invasif et/ou  
chirurgical  
Version:1**

## **Procédure de consentement éclairé en cas de traitement invasif ou chirurgical**

## Procédure de consentement éclairé en cas de traitement invasif ou chirurgical

**Mon hypothèse de diagnostic** .....

M./ Mme: .....

(Prénom et deux noms de famille du patient).

Rut:.....âge:.....

Domicile : .....

Ville:.....Commune : .....

**Date de consentement** :.....

M./ Mme .....

(Prénom et deux noms de famille du patient).

Rut : .....âge: .....

Domicile : .....

Ville.....Commune :.....

En qualité de : .....

(Représentant légal ou responsable de famille)

### **Déclare :**

Que le/la: Docteur (e)

1°) INFORMATIONS FOURNIES PAR LE PATIENT: je déclare avoir fourni à mon médecin traitant, toute l'information relative à mon état de santé et mon historique clinique, de façon véridique, complète et fiable.

2°) INFORMATIONS REÇUES PAR LE PATIENT: Je déclare avoir été dûment et pleinement informé de tous les aspects concernant l'opération qui va m'être pratiquée.

En effet, .....

et son équipe m'ont communiqué et expliqué, dans des termes que je pouvais comprendre, les informations suivantes :

- a) Mon diagnostic : .....
  
- b) Les différentes options de traitement existantes dans le cadre du diagnostic ayant motivé ma prise en charge, ainsi que ses variantes techniques et les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles, d'un point de vue général et pour mon cas particulier.
  
- c) Parmi ces options, je peux également choisir de me soumettre à aucun traitement.
  
- d) Les avantages et limites décrits pour chacune des options de traitement analysées, tant d'un point de vue général que pour mon cas particulier.
  
- e) Toute opération chirurgicale implique des risques et des complications, y compris associés à la technique de sédation et/ou d'anesthésie devant être utilisée ; toutes ces complications, en dépit des mesures et soins apportés par l'équipe médicale, sont inévitables, comme par exemple, des problèmes cardiovasculaires, affections pulmonaires et/ou respiratoires, infections, dommages neurologiques, hémorragies, réactions allergiques, thromboses. Le risque mortel n'existe que dans un pourcentage mineur de cas.
  
- f) Je suis également informé que toutes les alternatives de traitements chirurgicaux proposées impliquent la possibilité d'apparitions de risque et/ou complications inévitables, malgré les efforts et les soins apportés par l'équipe médicale, complications pouvant limiter dans certains cas les bénéfices thérapeutiques associés au traitement. Nous pouvons citer à titre d'exemple les complications suivantes : hématomes et saignements, infection superficielle, profonde ou systémique, lésion des structures

vasculaires et/ou nerveuses ; perte de sensibilité sur une région opérée, apparition de cicatrices hypertrophiques, chéloïdes ou pigmentées, nécrose de la peau, fibrose, irrégularités superficielles, dommage neurologique, dommage pulmonaire et/ou respiratoire, lésion d'organes, difficultés de cicatrisation et de fermeture de blessures opératoires internes, externes ou autres.

- g) La réalisation de tout acte nécessite la sédation ou l'anesthésie locale, régionale, épidurale ou générale du patient. Dans mon cas, cette technique sera définie conformément à l'évaluation professionnelle réalisée par l'équipe médicale traitante et l'anesthésiste en charge. Seront pris en compte des facteurs médicaux généraux et mon état personnel. Quelle que soit la technique choisie, elle impliquera certains avantages et bénéfices mais est également associé à des risques et complications inhérentes à son application.
- h) Toute opération thérapeutique comporte des limitations techniques qui se traduisent par un pourcentage de cas dans lesquels les bénéfices thérapeutiques ne sont pas atteints ; face à l'échec d'une technique de pointe ou l'apparition d'une complication, il peut être nécessaire de passer à des techniques classiques plus invasives ; face à l'obtention de résultats partiels, il est nécessaire d'effectuer une ré-intervention ou des traitements complémentaires ; devant l'apparition d'une complication, il est nécessaire de procéder à de nouvelles interventions et autres ; l'opération dans son ensemble dépend de facteurs variables et imprévisibles et je devrais assumer les coûts hospitaliers et médicaux qu'ils impliquent.
- i) Toute opération chirurgicale ou invasive implique nécessairement une période de récupération, variable selon le traitement effectué et dépendant en particulier des caractéristiques propres à chaque individu ainsi que son évolution et sa capacité de récupération.

- j) Face à des constatations préopératoires non prévues, il existe une probabilité, même mineure que le chirurgien soit amené à suspendre la chirurgie ou l'intervention programmée ou à changer de technique opératoire. En raison du devoir de soins et dans l'intérêt de ma santé, il peut être également nécessaire d'exécuter des procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques non programmées et non informées telles que : prélèvements d'échantillons pour biopsie, cultures, extirpation de nodules ou de masses tumorales, libération de tissus adhérentiels, etc.

Je déclare avoir compris les explications fournies dans un langage clair et simple par le professionnel de santé qui m'a reçu et qui m'a permis de faire des observations et répondu à toutes les questions que je lui ai posées.

Je comprends également que je peux annuler mon consentement à tout moment et sans donner aucune explication.

C'est pourquoi je déclare être satisfait de l'information fournie et comprendre les risques liés au traitement.

Dans ces conditions,

### **CONSENTEMENT**

J'accepte que l'on effectue sur ma personne l'opération chirurgicale de:.....

.....

Signature : le/la Docteur(e).....

RUT'.....

Signature du patient M./Mme.....

RUT'.....

Signature : représentant légal ou responsable de famille : .....

RUT.....



**ANNULATION DU CONSENTEMENT**

M./Mme:.....

Prénoms et deux noms de famille du patient

Rut:.....âgé :.....

Adresse.....

Ville..... Commune:.....

M./Mme:.....

Rut:.....âgé :.....

Adresse :.....

Ville :..... Commune:.....

En qualité de .....

Représentant légal ou responsable familial

Déclare annuler mon consentement donné le : .....

et ne pas souhaiter poursuivre le traitement que je souhaite interrompre à cette date.

(lieu et date)

Signature: le/ la docteur(e):.....

RUT:.....

Signature patient M./Mme:.....

RUT:.....

Signature : représentant légal ou responsable de famille :.....

RUT:.....