



CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

Remis le rendu le

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

1. Je vous confirme que vous m'avez exposé dans le détail:
 - les risques particuliers à cette investigation médicale.
 - les risques particuliers à l'intervention dont je dois bénéficier : -
-
-
 - qu'il existe des complications et des risques y compris vitaux liés à la maladie pour laquelle je viens consulter. Vous m'avez fait remarquer en outre que les autres maladies dont je pourrais être atteint peuvent avoir une influence sur le traitement et entraîner des réactions individuelles et imprévisibles.
2. De mon côté, je vous ai informé, sincèrement et totalement, des interventions, soins, traitements et médications dont j'ai bénéficié et que j'ai suivis à ce jour, ainsi que des complications survenues.
3. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cet acte ou intervention et que vous m'avez informé des bénéfices attendus de cet acte, des risques encourus ainsi que des alternatives thérapeutiques.
4. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer cet acte.
5. J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister pour cela par un autre praticien.
6. Je reconnais que le délai entre la consultation de ce jour et la date de l'intervention me semble tout à fait suffisant et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant
7. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à accepter tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en post-opératoire.

Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

Fait leA

Nom Prénom

Adresse

Signature (faire précéder de la mention manuscrite " lu et approuvé") : Patient Médecin