



Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e) NOM /Prénom :

atteste que le Dr :

m'a délivré des informations claires concernant le diagnostic de ma maladie et l'intervention chirurgicale qu'il me recommande :

.....
.....
.....

J'ai été informé(e) :

- des bénéfices de cette intervention pour ma santé et des alternatives thérapeutiques éventuelles ;
- des risques liés à ma maladie ;
- des risques particuliers liés à l'intervention proposée pour laquelle j'ai reçu une information spécifique.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut devoir faire face à un événement imprévu imposant des gestes différents de ceux initialement programmés et j'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait indispensable en application des connaissances médicales actuelles.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et avoir compris les explications données en réponse.

D'un commun accord, nous sommes convenus **d'un délai** entre la consultation et l'intervention éventuelle : ce délai tient compte du type de pathologie à traiter, des disponibilités de l'équipe chirurgicale et de mes souhaits. Dans cet intervalle le chirurgien (ou le médecin anesthésiste) se rendra disponible pour répondre à d'éventuelles demandes d'informations complémentaires que je ferais directement ou par l'intermédiaire de mon médecin traitant.

Je m'engage à me rendre aux consultations et à me soumettre aux soins prescrits avant et après l'intervention chirurgicale.

J'ai été avisé(e) que conformément à la loi N 46 du 29 Juillet 2018 relative aux droits des malades, que mon dossier médical pourra m'être communiqué à ma demande. Le ou les médecin(s) que je désignerai recevront le compte rendu de mon intervention et toutes les informations utiles à ma prise en charge médicale.

A Oran le :..... / / 2023

Signature précédée de la mention :

« J'ai été informé(e) et consens »

Malade :

Tuteur Légal :