Original à conserver dans le dossier médical, une copie est remise au patient

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Je soussigné (e)_____, atteste avoir reçu une information claire, loyale et appropriée préalablement à l'intervention : _____.

J'ai lu et compris les documents qui m'ont été remis le / / .
Documents remis :

- ❑
- ❑
- ❑
- ❑

Au cours de la consultation du / / , avec le Dr _____, j'ai été informé(e) sur :

- mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) ;
- les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ;
- l'utilité, l'urgence, les conséquences et les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents, risques graves, risques connus du praticien y compris dont la réalisation est exceptionnelle) ;
- les alternatives thérapeutiques ;
- la possibilité de recevoir un traitement palliatif s'il est adapté à mon état de santé ;
- les précautions générales et particulières à prendre ;
- les risques que j'encours en cas de refus d'intervention/de soins ;
- le cas échéant, les nouveaux risques apparus après le traitement ou l'acte médical.

Le praticien a également procédé à une évaluation bénéfices/risques personnalisée, afin de me recommander l'alternative la plus adaptée à ma prise en charge.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.

J'accepte toute modification de méthode qui pourrait s'avérer nécessaire pendant l'intervention, y compris le transfert vers un autre établissement de santé, ainsi que la transfusion de sang ou de dérivés sanguins si elle est jugée utile par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Le Dr _____ m'a incité à le recontacter le cas échéant, si certaines informations appelaient des questions de ma part.

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en connaissance de cause, et accepte l'intervention.

Date : / / .

Signature du patient (ou de son représentant légal)

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité de la part du médecin et de l'établissement à mon égard.

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.