

► **CONSENTEMENT ECLAIRE**

**A SIGNER PAR LE PATIENT ATTESTANT DE L'INFORMATION RECUE**

**Important** : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de l'article L.1111-2, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou rares normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

Au cours de la consultation du ....., le Docteur ..... m'a expliqué l'intérêt de l'intervention chirurgicale ou de l'examen suivant : .....

Je reconnais avoir reçu de sa part toute l'information souhaitée, simple et compréhensible concernant les bénéfices attendus de l'acte pratiqué ainsi que sur les éventuels risques de complications.

Un document écrit m'a été remis et explicité expliquant les différentes modalités de l'intervention

oui       non

Un schéma m'a été remis et explicité précisant certains éléments de l'intervention

oui       non

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de ce geste, le médecin peut se trouver face à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une modification ou une interruption de protocole annoncé. Je l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire en de pareilles circonstances.

Je reconnais que dans l'intervalle entre la consultation initiale et l'intervention chirurgicale ou l'examen, le médecin a été à ma disposition pour répondre à toute demande d'information complémentaire.

**Commentaires :**

**En cas d'hospitalisation en ambulatoire :**

Suite à la proposition du médecin, j'ai compris que cette intervention était réalisée en ambulatoire, c'est-à-dire en ne restant hospitalisé qu'une journée. Je pourrai à tout moment bénéficier d'une hospitalisation plus longue, incluant la nuit, si mon état de santé le nécessite.

Fait à ..... le .....

Signature du patient  
*Précédée de lu et approuvé*

## ► AUTORISATION D'OPERER POUR UN PATIENT MINEUR

---

### A COMPLETER PAR LES DEUX PARENTS TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE

(avant la consultation d'anesthésie)

Je soussigné(e) : .....

Représentant(e) légal(e), père, mère, tuteur, tutrice, et/ou étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que : .....

Donne l'autorisation de procéder à toutes les opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation pour l'enfant :

Prénom : .....

Nom : .....

Date de naissance : .....

Avis de l'enfant : .....

A ..... le .....

Signature de la mère

Signature du père

## ► AUTORISATION D'OPERER POUR UN ADULTE INCAPABLE MAJEUR

---

Je soussigné(e) tuteur / tutrice (joindre la décision de justice) étant habilité à donner cette autorisation en tant que : .....

donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation de :

Prénom : .....

Nom : .....

Date de naissance : .....

A..... le .....

**Signature du tuteur/tutrice ou curateur/curatrice**