

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

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 les risques inhérents à toute intervention chirurgicale. S'y ajoutent:

- un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté, mais également à des réactions individuelles imprévisibles.
- des risques particuliers liés à l'opération :

2) Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et des différentes formes telles que : d'anatomie locorégionale, de cicatrisation, d'infections etc....., ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques.

3) Je vous informe 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 cette intervention de chirurgie.

4) 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 à ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

5) Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenue d'un délai minimum entre la remise de ce document et l'intervention éventuelle de quinze jours à respecter, et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin.

6) Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post-opératoire.

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

Fait à Paris

Le

Nom

Prénom

Adresse

Mention « Lu et approuvé »

Date

Signature (obligatoire)