

CONSENTEMENT INTERVENTION / EXAMEN

Je soussigné, Monsieur/Madame....., déclare accepter librement et de façon éclairée l'intervention qui m'est proposée.

INTERVENTION :

DATE D'INTERVENTION :

CHIRURGIEN PRATiquANT L'INTERVENTION : Dr

Information : cet examen peut nécessiter l'utilisation de rayons X, à des doses aussi basses que possible, selon le principe de précaution ALARA. Le détail des doses reçues sera noté dans le compte-rendu de l'examen. L'utilisation des rayonnements est déconseillé en cas de grossesse et vous vous engagez à signaler tout risque de grossesse en cours.

Exposition au Rayons X : lors d'un examen long, les doses de rayonnements peuvent être élevées et entraîner certains effets indésirables tels que perte des poils, rougeurs devant vous conduire à consulter votre médecin

Liberté du patient : Je sais que l'intervention peut être annulée à tout moment, sans donner de raison, en appelant au 04 95 73 27 27.

Information du patient : Je sais que je peux obtenir des informations supplémentaires, en contactant mon médecin, au numéro de téléphone ci-dessus.

Bénéfice risque : Je reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Fait à Porto-Vecchio,
Le.....

Signature du patient (ou des parents si enfant mineur ou du représentant légal)

CONSENTEMENT A L'ANESTHESIE

si concerné(e)

NOM : PRENOM :

- ☐ Au cours de l'entretien avec le Dr....., j'ai reçu des informations détaillées sur l'anesthésie prévue ainsi que sur son éventuelle modification nécessaire. J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de la méthode, les risques, les complications possibles, les gestes thérapeutiques associés et leurs risques.
- ☐ Je n'ai plus de questions, j'estime avoir été **suffisamment informé(e)** et je **donne** par la présente **mon consentement** à l'anesthésie prévue, après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant. J'accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention.
- ☐ **J'accepte d'être transfusé(e)**, si le médecin le juge nécessaire.
- ☐ **Je refuse d'être transfusé(e)**, même en cas d'urgence.

Fait à Porto-Vecchio,
Le.....

Signature du patient (ou des parents si enfant mineur ou du représentant légal)