

## **ATTESTATION D'INFORMATION POUR LES ACTES CHIRURGICAUX**

Je soussigné(e), M., Mme.....confirme avoir été informé(é) par le Docteur  
CAVAIGNAC ,

-de la nature des risques de ma maladie et des risques que j'encours en l'absence de  
l'intervention chirurgicale suivante : Arthroscopie genou

- des risques graves, y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale, et des  
risques graves, y compris vitaux, neurologiques, hémorragiques et infectieux, particuliers à  
l'intervention qui doit être réalisée le.....

-de l'existence d'un certain pourcentage de complications graves, de séquelles possibles et de  
risques, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteint(e) et aux  
associations morbides dont je suis porteur (se), mais également à des réactions individuelles  
imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique. J'ai également été informé(e) de la  
persistance pendant un délai variable, de signes de souffrance ou de troubles après  
l'intervention (troubles moteurs, troubles sensitifs et paresthésies), voire de l'absence de  
récupération totale ou partielle de ceux-ci.

J'ai pu poser au Docteur CAVAIGNAC . toutes les questions concernant cette intervention et pris  
note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects  
anatomiques locorégionaux, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire  
même inconnus.

J'ai été informé(é) par le Docteur CAVAIGNAC des bénéfices attendus de cette intervention, du  
risque d'échec ou de résultat décevant, des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité d'une  
reprise opératoire ultérieure.

Les explications fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon  
choix et demander au Docteur CAVAIGNAC de pratiquer cette intervention chirurgicale.

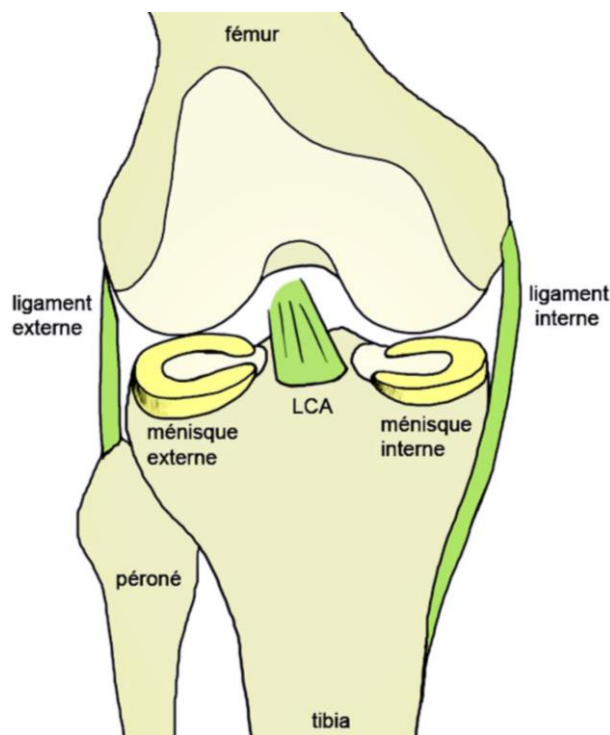
J'ai été également prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une  
découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux  
prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions le Docteur CAVAIGNAC à  
effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, à se faire éventuellement assister pour cela par un autre  
praticien.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention me semble tout à fait  
suffisant, et que, dans cet intervalle, il est possible à moi-même ou à mon médecin traitant, de  
recontacter le Docteur CAVAIGNAC pour obtenir des précisions (coordonnées remises au patient).

J'atteste que l'information m'a été donnée d'une possible modification de date pour cette prise en charge.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, à me soumettre à tous les soins, à toutes les précautions et recommandations qui me seront prescrites en pré et en post-opératoire.

Ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information.



Date.../.../20...

Signature précédée de la mention « lu, approuvé » :

*Attestation établie en double exemplaire et remise au patient*

Consultez le site internet du Centre Hospitalier Universitaire : [www.chu-toulouse.fr](http://www.chu-toulouse.fr)