

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 : chirurgie du ligament croisé antérieur

- 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.

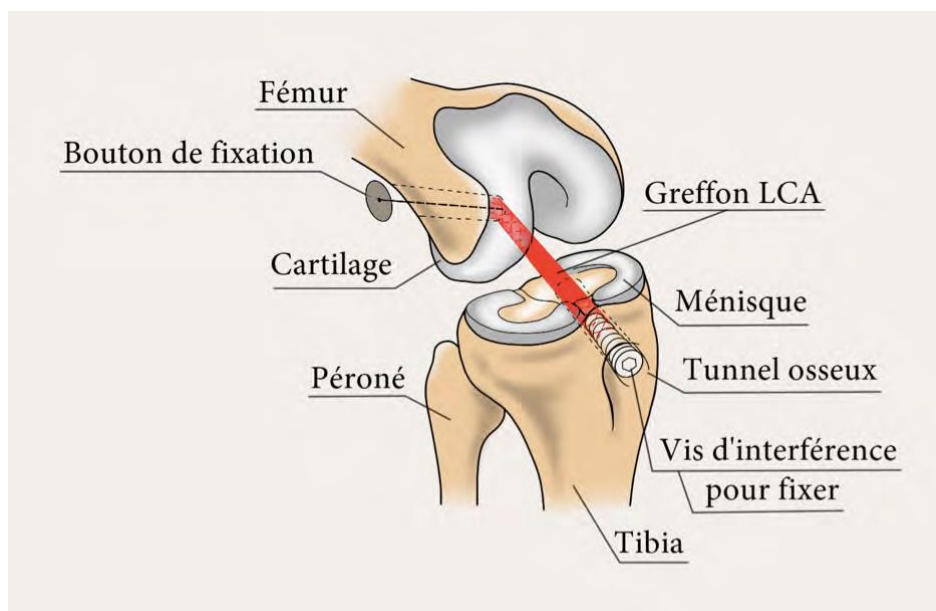
J'ai été également prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions le Docteur CAVAIGNAC à effectuer 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 » :

***DOCUMENT A RENVOYER UNE FOIS DATE ET SIGNE A
cavaignac.e@chu-toulouse.fr***

Consultez le site internet du Centre Hospitalier Universitaire : www.chu-toulouse.fr