



## **CONSENTEMENT ECLAIRE**

*Article R4127-35, modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 – art. 2 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »*

*Article R4127-36. Modifié par Décret N°2016-1066 du 03 août 2016 – art.1 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »*

### **Ce document doit être remis, signé par vos soins, lors de votre admission.**

Je soussigné(e) Monsieur ..... certifie qu'au cours de la consultation du Docteur/Professeur ..... du ....., il a été convenu que je devais être hospitalisé (e) le ..... pour bénéficier d'une intervention/ d'un examen à l'Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN le ..... pour (nom de l'intervention ou de l'examen).....

Le Docteur/Professeur .....m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé.

Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale ou endoscopique. Il m'a informé des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices et inconvénients.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cet acte, non seulement dans les suites opératoires ou de l'examen, mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un évènement imprévu pourrait conduire l'opérateur à élargir la procédure et réalise des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le praticien à effectuer tous actes ou prescriptions qu'il estimerait nécessaire, ainsi que l'anesthésiste à modifier le type d'anesthésie.

J'ai bien compris qu'à l'issue de l'intervention, dans certaines circonstances, une modification du lieu et des modalités d'hospitalisation peuvent être nécessaires.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le Dr/Pr .....a bien répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournis.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention / les examens prévu(e)(s) dans les conditions ci-dessus.

Je reconnais avoir été informé(e) de la réflexion bénéfice risque qui en faveur d'une intervention ou de l'examen.

Fait à Saint-Mandé le .....

Signature du médecin

Signature du patient