
CHIRURGIE GENERALE ET VISCERALE

Docteur T. GUILLAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Assistant des Hôpitaux de Nantes
22. 1. 73363. 7. 00. 3. 30. 1. 04

Docteur J.L. L' HELGOUARC'H

Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris
22. 1. 72736.5 00.3.30.1.04

Docteur M. SMEJKAL

Ancien Interne du CHU de Prague
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Assistant des Hôpitaux de Prague
22.1.00417.9.00.1.20.1.04

NOM :

PRENOM :

CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Au cours de la consultation du Docteur du....., il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) le à la Polyclinique du Pays de Rance, pour y subir une intervention chirurgicale le

Le Docteur..... m'a donné des informations précises sur mon problème de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale.

Il m'a informé(e) des autres types de traitement, s'ils existent, avec leurs bénéfices et inconvénients potentiels.

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

J'ai également été prévenu(e) du fait, qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévu pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'autorise dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à, en double exemplaire, le

Ce document doit être remis, signé et daté par vos soins.

Signature du patient

POLYCLINIQUE DU PAYS DE RANCE

76 Rue Chateaubriand 22100 DINAN
T él : 02 96 85 85 00 - Fax : 02 96 85 85 09
