

Consentement en vue d'une intervention chirurgicale sous anesthésie



Je soussigné(e), certifie avoir été informé(e) que je dois être hospitalisé(e) dans le service de Ophtalmologie en vue d'y subir une intervention chirurgicale planifiée le

En signant le présent document, je reconnais :

- avoir reçu les informations précises concernant mon état de santé. Il m'a été expliqué, de façon simple et intelligible, l'évolution possible dans l'hypothèse où je ne donne pas mon consentement à l'intervention chirurgicale préconisée ;
- avoir reçu une information concernant les autres types de traitements possibles, avec leurs avantages et/ou inconvénients ;
- avoir reçu des explications claires quant à la nature et le but de l'intervention pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'engendrer, ainsi que les risques et/ou complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais également à terme ;
- avoir été informée, le cas échéant, qu'une transfusion sanguine pourrait être nécessaire ;
- avoir été prévenue du fait que, au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévisible pourrait conduire le chirurgien à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à pratiquer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire en cas d'absolue nécessité ;
- avoir été informée que, en cas d'urgence extrême ou de motifs impérieux, un autre chirurgien de l'équipe pourrait être amené à intervenir, et ce, en concertation avec le chirurgien que j'ai consulté précédemment ;
- avoir reçu du Département d'Anesthésie-Réanimation les informations nécessaires quant à l'anesthésie, les techniques disponibles, leurs avantages et leurs inconvénients ;
- avoir été informée que l'anesthésie pourra être administrée par un anesthésiste-réanimateur autre que celui que j'ai vu en consultation ;
- avoir été prévenue que la technique d'anesthésie pourra être adaptée en cas de nécessité ;
- qu'une estimation sur les conditions financières de mon hospitalisation me sera fournie, lors de mon inscription, par le service Administration des patients à travers la déclaration d'admission (loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987 et AR du 17 juin 2004) ;
- avoir eu la possibilité de poser toutes les questions complémentaires à celles pour lesquelles j'ai déjà reçu une réponse complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies ;
- avoir correctement informé le médecin sur mon état de santé antérieur ;
- avoir eu la possibilité de ne pas consentir à l'intervention ;

Je consens à la réalisation de l'intervention prévue conformément aux conditions énoncées ci-dessus.

Je consens à la réalisation de l'anesthésie prévue conformément aux conditions énoncées ci-dessus.

J'accepte une éventuelle transfusion sanguine si mon état de santé le justifie.

Fait à, le,h.....

Signature du patient, précédée de la mention «**Lu et approuvé**»



Accord du patient

NOM / PRENOM :

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

Information préalable

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ecrite | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |

Questions éventuelles du patient

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avez-vous compris les explications ? | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous besoin d'un délai de
Réflexion supplémentaire ? | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous des questions
Supplémentaires ? | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |
| | | |
| | | |

Autorisation : donnez-vous votre accord

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A l'intervention proposée ? | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |
| <input type="checkbox"/> A toute modification nécessaire? | <input type="checkbox"/> <u>OUI</u> | <input type="checkbox"/> <u>NON</u> |

Opération

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Œil Droit</u> | <input type="checkbox"/> <u>Anesthésie locale</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Œil Gauche</u> | <input type="checkbox"/> <u>Anesthésie générale</u> |

Chambre désirée (selon disponibilités) : Commune Particulière

Date :

Signature :