

Docteur Isabelle DAVID

Ancienne Interne des Hôpitaux
Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire
à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Membre de la Société Française de Chirurgie de la Main
Membre de la Société Américaine de Chirurgie de la Main

CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR
38 1 71213 2

IMPÉRATIF : A nous retourner signé "lu et approuvé" au plus tard 10 jours avant l'intervention prévue.

SIGNATURE IMPÉRATIVE DES 2 PARENTS POUR LES ENFANTS MINEURS AVEC MENTION LU ET APPROUVE

Consentement mutuel éclairé

Je, soussigné(e) _____

Né(e) le : _____

Domicilié(e) _____

Déclare avoir reçu de la part du Docteur Isabelle DAVID, chirurgien, qui doit m'opérer le _____ toutes les informations claires, complètes et loyales sur :

La pathologie me concernant et les soins s'y rattachant.

Les bénéfices attendus de cette intervention, les alternatives thérapeutiques, ainsi que l'éventualité de reprise chirurgicale.

Les risques, y compris graves et vitaux, particuliers à toute intervention chirurgicale et particuliers à l'intervention que je dois subir.

Les risques, qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus. De ce fait, je l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister par un autre chirurgien.

Reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant ma pathologie et cette intervention. Je reconnais avoir pris conscience, qu'outre les risques précédemment évoqués, il n'est pas toujours possible de prévoir la durée des soins, ni certaines formes anatomiques ou certains types de cicatrisation et que certains risques sont secondaires à des réactions individuelles imprévisibles ou sont exceptionnels voire inconnus.

Reconnais, de mon côté, vous avoir informée sincèrement et totalement des interventions et médications dont j'ai bénéficié et suivi à ce jour, ainsi que des complications survenues et de mes antécédents médicaux et chirurgicaux.

Reconnais que le délai entre la consultation de ce jour et l'intervention me semble suffisant, et que vous pouvez durant ce délai répondre à toute interrogation.

Confirme que les explications que vous m'avez fournies, ont été suffisamment claires pour me permettre d'arrêter mon choix et vous demander de pratiquer l'intervention chirurgicale.

M'engage à me rendre à vos consultations et à me soumettre aux soins et recommandations que vous me prescrirez en période pré et en post-opératoire.

Vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition.

Fait à Grenoble, le

Signature précédée de « lu et approuvé » :