

FICHE DE CONSENTEMENT AUX SOINS EN NEUROCHIRURGIE

Je soussigné M./ Mme _____,
né(e) le _____, reconnaît avoir reçu une information claire préalablement à
l'intervention _____ ci-après _____ dénommée _____ en _____ terminologie _____ médicale :

_____.

Au cours de la consultation en date du _____, avec le Dr _____, j'ai été informé
sur :

1- L'INTERVENTION :

- sa nature et les raisons pour lesquelles elle m'a été proposée
- les risques fréquents et graves, les bénéfices et les complications éventuelles de cette chirurgie, sans toutefois exclure des risques exceptionnels inconnus du chirurgien.
- Les difficultés éventuelles concernant la récupération post-opératoire
- Les chances de succès de l'intervention
- Les alternatives thérapeutiques, leurs risques, avantages et inconvénients, leurs suites en terme de récupération telles que celles-ci sont attendues
- La possibilité de refuser l'intervention et les conséquences de ce refus sur mon état de santé

2- LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

- Le nom du chirurgien qui va procéder et qui est responsable de cette intervention, ainsi que le nom de ses assistants qui vont participer à son bon déroulement. La participation aux soins d'autres personnels médicaux et/ou paramédicaux est également à envisager car l'intervention se fait dans le cadre du service public hospitalier
- La possibilité de survenance d'évènements imprévus qui nécessiteront une intervention d'une équipe médicale autre que celle prévue, afin de garantir mon état de santé. Dans ce cas, le chirurgien s'engage à m'en informer à l'issue de l'intervention ou à le préciser à ma personne de confiance si je suis inconscient
- La possibilité pour l'équipe médicale d'avoir recours à une transfusion sanguine ou/et une anesthésie au décours de l'opération, si elle est jugée nécessaire. Les risques inhérents à ces procédés m'ont également été expliqués

3- L'HOSPITALISATION EN CHU

- La présence d'étudiants et/ou observateurs en chambre et/ou en salle d'opération pour des raisons d'enseignement
- La prise de photos, vidéos, ou télétransmission d'images pour des raisons liées à l'enseignement dans le cadre universitaire ou à la concertation pluridisciplinaire. Toutes les images/vidéos et informations médicales utilisées pour des raisons médicales, scientifiques ou d'enseignement seront rendues anonymes
- La réalisation, avec mon accord, de prélèvements biologiques (tissus émanant de l'opération, prélèvements sanguins, analyses biologiques) réalisés pendant l'intervention pour des raisons de recherche ou d'enseignement qui seront anonymisés

Remarques et oppositions éventuelles du patient :

Documents remis au patient :

Au cours de l'entretien, j'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugé utiles et ai bien compris les réponses qui m'ont été apportées.

Le Dr _____ m'a incité à le recontacter le cas échéant, si certaines informations appelaient des questions de ma part.

Suite à cette information, je m'estime suffisamment éclairé(e) pour autoriser l'équipe médicale à : (COCHER LES CASES)

- Pratiquer l'intervention _____ sur ma personne
- Pratiquer toute autre intervention chirurgicale et examens complémentaires, y compris une transfusion sanguine, si besoin sous anesthésie générale, si mon état de santé durant l'intervention le nécessite
- Procéder à mon transport vers un autre établissement si mon état de santé le nécessite
- Conserver des prélèvements biologiques pour la recherche et l'enseignement préalablement anonymisés

Je reconnais que ce document a été rempli en ma présence et avant ma signature, au cours d'un entretien personnalisé.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité de la part du médecin et de l'établissement à mon égard

Fait à Caen, en deux exemplaires originaux,

Date :

Heure :

Signatures :

Patient

Chirurgien