

 <p>Qualité et Sécurité</p>	<p align="center">CONSENTEMENT A UNE HOSPITALISATION - UNE INTERVENTION CHIRURGICALE - UN TRAITEMENT - UN EXAMEN</p> <p align="center">A conserver dans le Dossier Informatisé du Patient</p>	<p>Patient bénéficiaire (coller de préférence une étiquette)</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance ou n° de registre national :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p>
--	--	--

Si le consentement est accordé par **un représentant du patient** (sinon, **biffer** la case)

Nom, Prénom : Date de naissance.....

Lien avec le patient (entourer la mention adéquate) : 1. Père/Mère si patient mineur - 2. Mandataire -
3. Administrateur de la personne - 4. Epoux ou cohabitant légal - 5. Partenaire de vie - 6. Enfant majeur -
7. Père/Mère si patient majeur - 8. Frère/Sœur majeur(e) - 9. Médecin, en concertation avec l'équipe
multidisciplinaire - 10. Autre (préciser):

Cher patient, chère patiente, ce document nous permet de nous assurer qu'en tant que partenaire de votre propre santé, vous avez reçu, oralement et/ou au moyen d'un support écrit, toutes les informations nécessaires, et marquez votre accord pour les actes mentionnés ci-dessous, qui vous sont proposés par l'hôpital.

Je, soussigné, déclare **CONSENTIR PLEINEMENT DE MANIÈRE LIBRE ET ÉCLAIRÉE** à :

Une hospitalisation dans le service depour

L'intervention chirurgicale suivante :

L'examen ou le traitement suivant :

Pratiquée par / sous la responsabilité du Dr le /...../.....

Avec une anesthésie générale locale locorégionale sans anesthésie sédation

J'affirme avoir eu la possibilité de poser mes questions, obtenu et compris les réponses qui m'ont été données, avoir disposé d'un délai de réflexion suffisant et avoir **bénéficié des informations suivantes** :

- Une information générale relative au problème de santé rencontré ;
- L'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée prévue de l'intervention/examen/traitement qui m'est proposé(e) ;
- La fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques les plus fréquents ;
- L'importance du respect des conditions de la réalisation de l'acte (médicaments à prendre, mise à jeun, règles alimentaires avant et après, capacité réduite de conduire, besoin d'accompagnement) que je m'engage à respecter ;
- Les soins de suivi nécessaires et comment contacter l'équipe soignante le cas échéant ;
- Les autres possibilités de traitement et leurs risques ;
- Les conditions financières ;
- Le droit de refuser et les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement ;
- La possibilité qu'en cours d'intervention ou de traitement, une situation prévue ou non prévue nécessite une procédure complémentaire ou différente de celle envisagée et discutée ;
- La possibilité qu'en cours d'intervention sous anesthésie il soit nécessaire d'administrer une transfusion sanguine ;
- La possibilité de ne pas obtenir un résultat optimal malgré l'engagement des soignants à agir dans les règles de l'art.

Notes éventuelles :

.....

.....

Fait à, le /..... /20.....

Signature du patient ou de son représentant