

# Formulaire d'information et de recueil de consentements

## Documents à archiver dans le dossier patient de la Clinique Sud Vendée

### >> A remplir par le patient majeur

#### ➤ Identité du patient :

Nom : .....

Prénom : .....

Date : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

.....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... /

#### ➤ Information préalable aux soins :

Date de la consultation : ..... par le Docteur : .....

Date d'intervention (examen) prévue le : ..... / ..... / .....

#### Lors de cet entretien :

J'affirme avoir communiqué toutes les informations sur mon état de santé, utiles à ma prise en charge (antécédents médicaux et chirurgicaux, soins et traitements en cours) ;

J'atteste avoir été informé(e) de façon simple sur :

- l'évolution possible de ma maladie, si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale ;
- les bénéfices des différentes investigations, traitements et actions de prévention proposés ;
- la nature et le but de l'intervention chirurgicale et/ou le traitement proposés ainsi que l'inconfort susceptible d'intervenir, les risques et les complications possibles, non seulement dans les suites immédiates, mais aussi à long terme (une fiche a pu m'être remise en complément d'information) ;
- les éventuelles alternatives thérapeutiques avec leurs bénéfices et inconvénients ;
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

Il m'a été précisé qu'en cas de découverte ou événement imprévu en cours d'intervention, le chirurgien pourrait être amené à modifier l'acte chirurgical en réalisant des gestes complémentaires différents de ceux prévus initialement ;

J'ai pu poser toutes les questions concernant l'intervention et les soins post opératoires. Les explications qui m'ont été fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et consentir à l'intervention chirurgicale.

J'ai été informé(e), qu'une consultation auprès d'un médecin anesthésiste était prévue au cours de laquelle les informations relatives à l'acte me seront expliquées.

Je reconnais que le délai de réflexion entre la consultation et la date de l'intervention, s'est avéré tout à fait suffisant pour prendre ma décision.

Suite à ces informations, j'accepte de subir l'intervention chirurgicale proposée.

OUI  NON

Souhaitez-vous garder l'anonymat au cours de votre hospitalisation ?  OUI\*  NON

\* Si OUI : signalez-le au bureau des entrées ou à l'accueil.

Acceptez-vous la prise en charge de vos soins par un stagiaire encadré par un professionnel ?  OUI  NON\*

\* Si NON : signalez-le au personnel soignant qui vous accueillera.

#### Autorisation d'effectuer un prélèvement sanguin (en cas de besoin)

Dans certaines circonstances (transfusion sanguine, blessure d'un soignant par piqûre ou coupure), l'équipe médicale peut être amenée à réaliser un prélèvement sanguin en vue d'un test de dépistage (sérologie VIH ou hépatites). Vous serez tenu(e) informé(e) des résultats de ce prélèvement.

**Pour ce faire un consentement préalable est indispensable :**

J'autorise ce prélèvement sanguin  Je n'autorise pas ce prélèvement sanguin.

#### ➤ Remarques importantes :

**Il existe des hypothèses où le médecin est dispensé d'obtenir le consentement :**

- Du patient en cas d'urgence, d'impossibilité d'informer ou de refus de soins.
- Du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et que celle-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin devra essayer de convaincre la personne mineure, mais si cette dernière ne change pas d'avis, il pourra procéder à la prescription du traitement ou à l'intervention. La personne mineure se faisant accompagner d'une personne majeure de son choix.

**Si le majeur protégé conteste les décisions prises par le tuteur, il conviendra de saisir le juge des tutelles.**

Signature du titulaire ou des titulaire(s) de l'autorité parentale  
ou du tuteur

Signature du patient

#### ➤ A remplir par le/les titulaire(s) de l'autorité parentale ou le tuteur\*

\* Si l'autorité parentale est tenue par un seul parent, merci de le justifier en joignant une copie du jugement.

**Autorisation d'opérer et de pratiquer tout acte à un patient mineur ou un majeur sous tutelle**  
(à renseigner par les représentants de l'autorité parentale ou le tuteur).

Nous soussignons : ..... Domiciliés : .....

Certifions donner l'autorisation aux Docteurs ..... et .....

d'effectuer un acte opératoire sous anesthésie ainsi que les soins inhérents à l'acte chirurgical effectué sur :  
notre enfant : .....

L'adulte sous tutelle (M ou Mme)\*\* : .....

Nous acceptons les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Date :

Signatures du

Parent 1

et Parent 2

*En cas d'absence d'une signature, le signataire s'engage à prévenir et informer le second parent de toutes les informations reçues lors de la consultation d'anesthésie et chirurgicale*

Ou • Responsable d'autorité monoparentale

• Tuteur de l'adulte sous tutelle

\*\* Rayer la mention inutile