
**Service de Gynécologie Obstétrique
et Médecine de la reproduction
Pr J-M AYOUBI Chef de Service**

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ MUTUEL PRÉALABLE À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nom et Prénom du patient : Mme, Mlle,

Née le

Au cours de la consultation du :

Date d'entrée à l'Hôpital prévue le :

Concernant (nature de l'intervention) :

Le Docteur

M'a clairement informé du diagnostic de la maladie.

M'a clairement informé des modalités et des risques opératoires et m'a également prévenue qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus pouvait engendrer des modifications ou des compléments dans l'intervention.

J'autorise dans cette hypothèse, le praticien à pratiquer tout acte qui s'avèrerait nécessaire, et pour lequel il serait impossible d'obtenir mon consentement.

Je reconnais que le praticien m'a expliqué la nature et le but de l'intervention, qu'il m'a expliqué les risques inhérents à toute intervention chirurgicale auxquels s'ajoutent un certain pourcentage de complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital, dépendant de mon état de santé ainsi que des réactions individuelles imprévisibles.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugé utiles et les explications m'on été fournies dans un langage clair et intelligible qui m'a permis d'arrêter mon choix.

Je donne mon accord pour que cette intervention soit réalisée selon les modalités envisagées.

À noter :

- que la date d'intervention peut éventuellement être modifiée, en cas de nécessité pour fonctionnement du service.
- que ce document doit impérativement être retourné au secrétariat de gynécologie dès que possible

Fait à

Signature du patient

Le

Signature du médecin