

CONSENTEMENT ECLAIRE (attestation d'information)

Document à remettre le jour de l'hospitalisation à l'infirmière du service

Je soussigné(e),, agissant pour moi-même :

atteste avoir eu un entretien avec le Dr..... exerçant à La CLINIQUE DU VAL D'OUEST pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les actes thérapeutiques nécessaires.

J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à mon état. J'ai pris connaissance de la nature et des objectifs des examens et des actes thérapeutiques qui seront pratiqués, de l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi que des risques et complications éventuelles pouvant survenir au cours de l'acte lui-même, mais également dans ses suites immédiates ou à terme.

Je reconnais avoir eu la possibilité de poser toute question complémentaire et avoir obtenu les réponses adéquates.

Enfin j'ai été informé(e) que le médecin reste à ma disposition ou à la disposition de mes proches ou du médecin de mon choix, pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de l'ensemble de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai donc pu, en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.

Signature du patient

AUTORISATION D'OPÉRER

Pour les patients mineurs la signature des 2 parents est obligatoire, pour les patients sous tutelle ou curatelle, signature du tuteur.

Je soussigné(e),
autorise les médecins à pratiquer sur moi ou mon enfant
.....
sur le majeur protégé.....
.....
tout examen ou intervention chirurgicale que nécessite mon/son état.
Fait à Ecully, le

Patient (ou tuteur) :

| |
|-------------|
| Signature : |
|-------------|

Pour un patient mineur :

| | |
|---------------------|------------------------|
| Signature du Père : | Signature de la Mère : |
|---------------------|------------------------|