

**CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL**

Comme vous m'avez demandé de le faire et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que:

1. Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale. S'y ajoutent:

- Un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement aux disgrâces dont je suis affecté mais également à des réactions individuelles imprévisibles.
- Des risques particuliers liés à l'opération de: .....

2. Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects et des différentes formes telles que: d'anatomie locorégionale, de cicatrisations, etc. ainsi que les risques exceptionnels voire même inconnus.

Vous m'avez informé des bénéfices attendus de cette intervention et des alternatives thérapeutiques et remis la fiche d'information concernant mon intervention à signer et à me retourner.

3. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter ma décision et vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.

4. J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un élément imprévu imposant des actes complémentaires ou différents à ceux prévus, initialement, et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

5. Je reconnais que, d'un commun accord, nous nous sommes convenus d'un délai minimum entre la consultation et l'intervention éventuelle, à respecter, et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

6. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et post opératoire.  
Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

7. Je souhaite bénéficier de cette chirurgie dans une démarche à finalité thérapeutique en vue de corriger des dégradations et altérations de mon état corporel qui m'handicapent dans ma vie quotidienne.

Nom : .....

Prénom: .....

Adresse:

A:

Le: .....

Signature avec la mention: « lu et approuvé»

.....

N'hésitez pas à me demander un complément d'information.

**Aucune intervention ne pourra être réalisé sans ce document signé.**