

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

N°9

- À L'INTERVENTION CHIRURGICALE
 À UN ACTE ENDOSCOPIQUE

CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Je soussigné(e).....né(e) le..... atteste avoir été informé(e)

par le Dr sur :

- mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) ;
- les actes, interventions et traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques) ;
- les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves) ;
- les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées et ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension.

Par conséquent je donne mon consentement éclairé pour l'intervention programmée le

Fait le à

Signature du patient.

AUTORISATION D'OPÉRER

Je soussigné(e) Madame Monsieur.....

Responsable légal, parent ou tuteur de

Donne mon autorisation pour l'intervention chirurgicale nécessaire prévue le/..... /..... .

Fait à Oyonnax, le /...../..... Signature du Père Signature de la mère

**DOCUMENT À RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT LORS DE LA CONSULTATION ANESTHÉSIE OU AU PLUS
TARD LE JOUR DE L'INTERVENTION**