

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Document à remplir par le Médecin avec le concours du patient en consultation devant être joint au dossier médical + copie à fournir au patient sur demande : en cas de refus de signature par le patient, ce refus sera acté dans le dossier médical et le patient sera informé des conséquences de ce refus).

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Né(e) le/...../.....
Certifie avoir pu m'entretenir avec le Docteur en date du/...../.....

- Il a été convenu que **je dois être hospitalisé(e)** à partir du/...../..... aux Cliniques de l'Europe pour y subir **une intervention chirurgicale** prévue le/...../.....
- Il a été convenu que **mon enfant**, doit être hospitalisé à partir du/...../..... aux Cliniques de l'Europe pour y subir **une intervention chirurgicale** prévue le/...../.....
- Le Docteur m'a donné des informations précises sur ma/sa situation médicale (diagnostic).
- Il m'a expliqué **l'évolution possible si l'on ne recourait pas à cette intervention**. Il m'a informé des **autres types de traitement, s'ils existent, avec leurs avantages et leurs inconvénients**.
- Il m'a clairement indiqué la **nature (technique opératoire) et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible** qu'elle est susceptible d'entraîner, les **précautions à prendre, les examens pré et postopératoires nécessaires** à effectuer, ainsi que les **risques et complications potentiels** de cette chirurgie, la gestion de la douleur et la possibilité de transfusion **non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme**.
- J'ai également été prévenu(e) du fait, **qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un évènement imprévu** pourrait conduire le médecin à **élargir l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement**. Dans le meilleur de mon intérêt j'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.
- J'ai été clairement averti(e) d'une **estimation du coût financier** lié à ce type de traitement / d'intervention et ce, en fonction de mes exigences personnelles.
- J'ai eu la possibilité de **poser des questions**. Le Docteur y a clairement répondu. **J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies**. J'ai également été informé(e) que je peux disposer **d'un délai de réflexion et revoir le praticien en cas de questions complémentaires**.
- Je déclare avoir **informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur en transmettant les informations appropriées**.
- J'ai reçu des **documents complémentaires** à l'entretien oral.
- Je suis prêt(e) à m'en **tenir strictement aux recommandations du médecin** qui me traite afin que l'intervention et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible et **je suis conscient(e) que, malgré les précautions et les efforts** des médecins, de l'équipe de soignants et de moi-même, **on ne peut me fournir une garantie absolue de succès sachant que le maximum sera mis en œuvre pour m'aider**.

AU VU DE TOUT CE QUI A ÉTÉ EXPOSÉ CI-DESSUS, JE DONNE MON CONSENTEMENT POUR QUE SOIT RÉALISÉE L'INTERVENTION PRÉVUE DANS LES CONDITIONS CI-DESSUS.

Fait à Bruxelles, le/...../.....

Signature du patient « lu et approuvé »

Signature du praticien