

Docteur \_\_\_\_\_  
Spécialité \_\_\_\_\_  
Titres \_\_\_\_\_  
Tél. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

*Étiquette patient*

\_\_\_\_\_, le / /

**DOCUMENT A COMPLÉTER ET A APPORTER IMPÉRATIVEMENT  
LE JOUR DE L'HOSPITALISATION  
SANS CE CONSENTEMENT L'INTERVENTION CHIRURGICALE SERA ANNULÉE**

Au cours de la consultation du / / , le Docteur \_\_\_\_\_ ,  
\_\_\_\_\_ m'a indiqué que l'intervention chirurgicale suivante :  
\_\_\_\_\_ , prévue le : / / était opportune.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toutes les informations souhaitées, simples et intelligibles concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre, au cas où je ne me ferais pas opérer. Il m'a aussi expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

J'ai été informé(e) des risques spécifiques liés à cette intervention chirurgicale et ai reçu la feuille d'information de la \_\_\_\_\_ .

Il vous a été réalisé un schéma de l'intervention à visée pédagogique.  Oui  Non

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole opératoire prévu.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle : plaie des vaisseaux, des nerfs et d'un organe adjacent, et peuvent parfois ne pas être guérissables. Ceci tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et sollicite, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

J'ai également été informé du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale.

J'ai pu poser toutes les questions et je reconnais avoir eu un délai de réflexion suffisant pour donner mon accord avant la date opératoire, pour me permettre de revenir en consultation si des questions inhérentes à la chirurgie et à la période post opératoire se posaient.

Fait à : .....

Le :    /    /

Signature :

*(Précédée des mentions « lu et approuvé, bon pour accord »)*

## EXPRESSION DE L'ACCORD DU PATIENT

Je soussigné(e) .....

Né(e) le .....

Demande à être pris(e) en charge par le Docteur ..... au titre  
de son activité libérale, dans le cadre de mon hospitalisation, à compter du / / .

SECTEUR 2 (honoraires libres)

Cotation du ou des actes à la nomenclature des actes professionnels	• • •
Tarif conventionnel	
Dépassement d'honoraires	
<b>TOTAL DES HONORAIRES</b>	

*Sous réserve d'une modification des actes dictée dans l'intérêt du patient par des circonstances exceptionnelles découvertes lors de l'intervention.*

Le dépassement d'honoraires pourra, le cas échéant, être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit.

Le Docteur ..... est tenu, en vertu du Code de déontologie médicale, de fixer ses honoraires avec tact et mesure et de répondre à toute demande d'information préalable et explication.

Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.

Le Docteur ..... remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne la remet pas personnellement, il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

**La prise en charge en secteur libéral ne sera confirmée qu'après signature du présent document.**

Fait à : ....., le / /

Signature :

*(Précédée des mentions « lu et approuvé,  
bon pour accord »)*

**Merci de renvoyer votre accord à mon secrétariat au plus tard 15 jours avant l'intervention.**