



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

(Document à remplir par le praticien avec le concours du patient lors du premier entretien et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande)

Je soussigné(é), 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.....Au Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte pour y subir une intervention chirurgicale prévue le

Je dois subir une intervention chirurgicale, prévue

Mon enfant doit être hospitalisé(e) à partir duau Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte y subir une intervention chirurgicale prévue le

- ✓ Le Docteur m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé/les problèmes de santé de mon enfant (diagnostic).
- ✓ Il m'a expliqué, de façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à cette intervention. Il m'a informé des autres types de traitements, 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 post opératoires nécessaires à effectuer, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, 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 événement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. 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 répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.
- ✓ J'ai également été informé 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.
- ✓ 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.

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement

POUR QUE SOIT REALISEE L'INTERVENTION PREVUE DANS LES CONDITIONS CI-DESSUS

(Ce document signé est à joindre au dossier médical du patient, 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).

Fait à Dakar, le

Signature du patient et de son représentant légal

Signature du praticien