

INFORMATION PREOPERATOIRE  
FICHE URGENCE. Chirurgie Orthopédique Clémentville

Document

Remis à (Nom, Prénom) : .....

Le (Date du jour) : .....

Nature de l'intervention : .....

Je soussigné(e)..... né(e) le     /     /     , confirme avoir été informé(e) par le chirurgien, de la nécessité d'une intervention chirurgicale ainsi que des données essentielles de celle-ci. Il m'a expliqué oralement parmi les techniques possibles le geste chirurgical qu'il allait pratiquer et la nécessité d'une intervention dans le cadre de la pathologie en question.

Dans le cadre de l'urgence relative, le chirurgien m'a informé(e) des complications les plus courantes mais une complication exceptionnelle est toujours susceptible de se produire. Outres ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale qu'elles soient locales : Hématome, désunion cutanée, retard de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, infection superficielle ou profonde, algodystrophie, lésion intempestive d'un élément à proximité (tendon, nerf, vaisseau ou autre), ou générales : Phlébite, embolie pulmonaire, compression vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention le chirurgien peut se retrouver face à une découverte ou un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

J'ai été informé par le chirurgien des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque incomplet ou décevant pouvant nécessiter une reprise chirurgicale. J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables. Je peux bien sûr choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer. J'ai compris la nécessité de me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrites en post opératoire.

Le chirurgien a par ailleurs insisté sur l'importance de l'arrêt de toute intoxication (tabac, alcool et toutes substances addictives...).

**J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un vrai contrat moral entre le chirurgien et moi-même, dans un climat de confiance réciproque.**

Date et signature du patient :

Je certifie avoir lu et compris ce document.