

Consentement Éclairé à l'Acte Chirurgical

Docteur Thierry WATRIN — Chirurgien Viscéral et Digestif

Identification du Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Objet de l'intervention

Je soussigné(e), Mme / M. _____, reconnaît avoir reçu de la part du Docteur Thierry WATRIN toutes les informations nécessaires concernant l'intervention chirurgicale de :

Nature de l'intervention : _____

Informations reçues

Je certifie que le chirurgien m'a expliqué :

- Le principe et le déroulement de l'intervention.
- Les bénéfices attendus.
- Les risques fréquents et les complications graves, même exceptionnelles, inhérents à cet acte.
- Les alternatives thérapeutiques possibles.
- Les consignes post-opératoires et les règles de sécurité (jeûne, accompagnement).

Le chirurgien a répondu à l'ensemble de mes questions de manière claire et compréhensible. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant.

Accord

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour la réalisation de cette intervention ainsi que pour les actes complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires en cours d'opération.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du Patient (précédée de la mention "Lu et approuvé") :

Ce document est à rapporter obligatoirement le jour de votre admission.