

ENCART RENSEIGNE PAR LE CHIRURGIEN

DOCTEUR :	
NATURE DE L'INTERVENTION :	
COTE : <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> BILATERAL <input type="checkbox"/> NON CONCERNE	
DATE DE L'INTERVENTION :	
IDENTITE DU PATIENT	
NOM :	PRENOM :
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :	
Allergie connue :	
Besoin de matériel spécifique :	
EVALUATION DU RISQUE CREUTZFEL JACOB :	
<p>Le patient est-il suspect ou atteint* d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>	
<p>Si la réponse OUI est cochée pour une des questions, le service de Stérilisation du site doit être prévenu avant le geste pour organiser au mieux la prise en charge adaptée du matériel réutilisable.</p> <p>* Le diagnostic d'EST doit être suspecté sur la présence, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause. Un avis neurologique est indispensable en cas de suspicion.</p>	

ENCART A COMPLETER PAR LE PATIENT

<p>Merci de compléter ce document et de vous présenter au bureau des admissions de la clinique HEMERA.</p> <p>Ouvert du lundi au vendredi de 10h30 à 12h30</p> <p>Tel : 02.35.95.95.67 / Mail : admission@clinique-hemera.com</p>	
<p>TOUTE PIECE MANQUANTE A VOTRE DOSSIER ENTRAINERA L'ANNULATION DE VOTRE INTERVENTION</p>	
NOM :	PRENOM :
SEXE :	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :	
NUMERO DE TELEPHONE :	
DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX OBLIGATOIRES *:	
<p><input type="checkbox"/> Votre carte d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Votre carte vitale + attestation de la sécurité sociale en cours de validité</p> <p><input type="checkbox"/> Le consentement éclairé du chirurgien REMPLI ET SIGNE en page 2</p> <p><input type="checkbox"/> Votre carte de mutuelle</p> <p>*Possibilité d'envoyer tous ces documents par courriel, accompagnés de cette feuille dument remplie.</p>	
Si enfant mineur :	
<p><input type="checkbox"/> Votre livret de famille</p> <p><input type="checkbox"/> Les pièces d'identité des 2 parents</p>	
Autorisation du père	Autorisation de la mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date :/...../.....	Date :/...../.....
Signature :	Signature :

CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Comme le titre l'indique, ce document signifie tout simplement que vous avez été **informé à propos du traitement que le chirurgien vous a proposé et que vous avez donné votre accord pour ce traitement.**

Ce n'est pas un document qui déchargerait le chirurgien ou les différents médecins de leur responsabilité en cas de faute ou d'erreur médicale avérée.

Dans le cadre de l'information du patient, le chirurgien qui prendra en charge votre intervention attire votre attention sur le fait que :

TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE COMPORTE UN CERTAIN POURCENTAGE DE RISQUES ET VOUS POURRIEZ PRESENTER EVENTUELLEMENT DES COMPLICATIONS DURANT VOTRE OPERATION OU APRES CELLE-CI.

Exemples de RISQUES et de COMPLICATIONS : (Cette liste est exemplative et non limitative)

- Hématome, hémorragie
- Infection, abcès
- Phlébites, embolies pulmonaires
- Troubles neurologiques sensitifs provisoires
- Troubles fonctionnels transitoires ou définitifs
- Fracture
- Décès
- Echec

Je reconnais avoir reçu à ce sujet, toute l'information souhaitée, simple, intelligible et loyale concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre et sur les différents sujets ci-dessus mentionnés.

Je reconnais avoir été informé 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, mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu 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.

Je sais que je peux contacter mon chirurgien traitant (par téléphone ou en consultation) pour des informations complémentaires. Il me communiquera tous les renseignements et répondra à toutes les questions que je pourrais me poser.

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

Je m'engage également à respecter le règlement général de la Clinique HEMERA ;

Avant l'intervention chirurgicale :

- Type : _____ Nom : _____
- Prévus le : / / Prénom : _____
- Par le Docteur :

**Date et signature du patient
précédé de la mention « Lu et accepté »**