

CABINET
CHIRURGICAL

Vy-Creuse 4
1260 Nyon

Chirurgien FMH

Dr Alfred Blaser

Anc. Médecin-chef chirurgie

FA Chirurgie viscérale
FA Chirurgie générale et urgences

Tél. 022 362 34 26
Fax 022 362 34 27
E-mail ablaser@me.com

Site
<http://alfredblaser.ch>

Déclaration de consentement pour l'exécution d'un acte médical

Médecin responsable de l'information : _____

Intervention prévue :
CURE D'HEMORROÏDES (technique Fergusson ou agrafage circulaire) _____

J'ai été informé(e) aujourd'hui au cours d'un entretien de l'acte médical susmentionné (investigation, opération) qui devra être exécuté sur ma personne. Lors de cet entretien, j'ai reçu les explications relatives à la gravité de mon affection, la nécessité et le degré d'urgence du traitement, le déroulement de l'intervention, d'éventuelles alternatives thérapeutiques de même que des indications concernant des maladies actuelles ou passées qui pourraient augmenter les risques liés à l'intervention. J'ai également été informé(e) des éventuelles conséquences corporelles, psychiques et professionnelles. J'ai obtenu des réponses complètes et compréhensibles à toutes mes questions. Toutes ces informations peuvent en tout temps être consultées sur le site internet de l'opérateur.

Le suivi postopératoire sera effectué par le médecin consulté selon les règles en vigueur. Pour cette raison vous bénéficierez à la sortie de la clinique d'un RV de contrôle avec votre chirurgien.

J'ai bien pris connaissance du fait qu'aucune garantie de succès ne peut être donnée et qu'une extension ou une modification de l'intervention prévue reste possible selon les circonstances au moment de l'intervention.

Complications postopératoires possibles :

Infection de plaie ; hémorragie ; douleurs ; sténose du canal anal ; _____

Je confirme avoir eu la possibilité de poser des questions supplémentaires au médecin après l'obtention de ces informations. J'ai bénéficié de suffisamment de temps pour réfléchir en toute tranquillité à ces informations et ainsi donner mon accord pour l'intervention.

Je prie l'opérateur d'informer mes proches au numéro de téléphone ci-dessous dès que l'opération est terminée.

Cette personne de contact (**No. de Tél.**) :

☐ peut être renseignée sur le diagnostic

☐ ne doit pas être renseignée sur le diagnostic

☐ Epoux/se ☐ Soeur/frère ☐ Enfants ☐ autre :

☒ Il n'est pas nécessaire de téléphoner après l'opération

Date de l'entretien

Signature du/de la patient/e ou de son représentant légal

Signature du médecin