

Docteur Marie-Aude MUNOZ

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Montpellier-Nîmes
DIU de chirurgie du pied et de la cheville

Membre de la Société Française de chirurgie orthopédique et traumatologique

10100212363 / 34 1 606 127 00 3 34 1 41

61 Avenue Saint Charles 34090 Montpellier
Tel : 04 67 72 56 53
docteur.munoz@chir-ortho.info

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e) _____ confirme avoir reçu par le Docteur MUNOZ le
l'ensemble des informations concernant l'intervention suivante:

Cette intervention est prévue le _____

Le docteur MUNOZ m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il allait pratiquer.

J'ai été informé de la possibilité:

Éde complications graves

Éde séquelles possibles

Édes risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur

Édes réactions individuelles imprévisibles ou d'un aléa thérapeutique

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle voire inconnue est toujours susceptible de se produire.

Le Dr MUNOZ m'a informé des risques encourus en cas de tabagisme et je m'engage à ne pas fumer jusqu'à cicatrisation complète.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales: hématomes, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales: phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une **découverte ou évènement imprévis** imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur MUNOZ à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, come les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. **J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance**, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe **une imprévisibilité de durée**, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme **que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant**, et que dans cet intervalle le Docteur MUNOZ est à ma disposition pour répondre à mes questions. **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrites en pré et post opératoire.**

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur MUNOZ et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas **je suis libre de renoncer à l'intervention de ne pas me faire opérer.**

Signature précédée de la mention manuscrite: "lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention"

Date de signature par le patient:

Mention manuscrite:

Signature:

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT, VOTRE INTERVENTION NE POURRA ETRE PRATIQUÉE. LE CONSENTEMENT DOIT ETRE REMIS AU DR MUNOZ AU MINIMUM UNE SEMAINE AVANT L'INTERVENTION.