



LACOLLINE
CENTRE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE

Dr Pascal Gervaz

Chirurgien FMH
Privat Docent à la Faculté de Médecine
European Board Coloproctology (EBSQ)

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Madame, Monsieur,

Vous avez été informé(e) sur votre état de santé et sur les modalités thérapeutiques recommandées dans votre cas.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le chirurgien ou la Clinique. Il s'agit simplement de recueillir votre accord pour la réalisation des interventions vous concernant.

Au cours de la consultation, il a été convenu que je devais être opéré(e). Le Dr Gervaz m'a donné des informations précises sur mon état de santé, et m'a expliqué de façon compréhensible la nature de ma maladie, ses causes et son évolution possible sans traitement. Il m'a également informé des éventuelles alternatives thérapeutiques, avec leurs bénéfices et leurs inconvénients.

Le Dr Gervaz m'a clairement expliqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus. Il m'a également informé des effets secondaires qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que de ses risques normalement prévisibles et de ses complications à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions, auxquelles le Dr Gervaz a répondu de façon satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

En conséquence de quoi: *

- 1) J'autorise le Dr Gervaz à pratiquer les gestes chirurgicaux utiles pour le traitement de mon affection, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.
 - 2) Je comprends que le Dr Gervaz peut découvrir, au cours de l'intervention, des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou des traitements supplémentaires ou différents de ceux qui avaient été planifiés. J'autorise le Dr Gervaz à effectuer les gestes qui s'avèreraient médicalement nécessaires.
 - 3) J'autorise, en cas de nécessité, les médecins à pratiquer une transfusion sanguine
 - 4) J'autorise le transfert que nécessiterait mon état de santé dans un autre établissement
- *Rayer le paragraphe pour lequel vous ne souhaitez pas donner votre autorisation*



LACOLLINE
CENTRE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE

Dr Pascal Gervaz

Chirurgien FMH
Privat Docent à la Faculté de Médecine
European Board Coloproctology (EBSQ)

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Intervention prévue le/...../..... à la Clinique.....

Type d'intervention:.....

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été correctement remplis et que j'en comprends le contenu.

Fait à:

Le/...../.....

IDENTITE DU PATIENT	SIGNATURE DU PATIENT
Nom: Prénom: Date de naissance:	

Ce document doit impérativement être signé par le patient et remis au médecin au plus tard le jour de l'admission à la Clinique.

"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade et ce consentement peut être retiré à tout moment"