

## VERTALING

**CONSENTEMENT ECLAIRE:** formulaire de demande d'approbation informée.

- Je déclare d'accorder formellement la permission de faire l'intervention/la procédure/l'observation suivante :.....  
Une hospitalisation ou une procédure ambulatoire est prévue dans l'ASZ du ..... au .....
- Le docteur m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé et le diagnostic, la nature de la maladie, l'évolution possible et complications si l'on ne recourait pas à un traitement.
- Il m'a clairement indiqué la nature, le but, l'importance et le déroulement de l'intervention / procédure, ainsi que le résultat escompté, les risques et les complications potentiels, les inconvénients éventuels après l'intervention, les avantages et les désavantages de l'intervention ou procédure choisies. Il m'a informé des autres types de traitements.
- J'ai été clairement averti du coût financier de l'intervention ou procédure prévues. Je suis conscient que ce coût peut être influencé par des circonstances pendant l'intervention ou procédure. Les frais mentionnés ci-dessus peuvent être mis à charge séparément des frais hospitaliers (e.o hospitalisation, séjour, soins, pharmacie, honoraires, ...) par la facture hospitalière. De plus amples renseignements se trouvent dans la déclaration d'admission.
- J'ai également été prévenu du fait qu'au cours de l'intervention ou la procédure, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire l'opérateur à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire en cas d'absolue nécessité.
- Je donne ma permission formelle de commander le matériel, les outils et/ou produits nécessaires pour l'intervention.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions et le médecin y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai reçu la brochure (d'accueil) avec les renseignements supplémentaires.
- Je suis conscient que, malgré les précautions et les efforts, que la médecine n'est pas une science exacte, que l'énumération des risques et complications n'est jamais complète et on ne peut pas conclure un contrat en ce qui concerne le résultat final de l'intervention ou de la procédure.
- *J'accorde la permission d'utiliser de façon anonyme les radiographies, le matériel visuel et/ou le matériel corporel qui ont été recueillis ou prélevés de moi à propos de l'intervention ou procédure pour l'enseignement ou pour la science, où le médecin et son équipe donnent la garantie de protéger ma vie privée\*.*
- *Je comprends que par fatalité de service, un autre médecin de l'équipe médicale ASZ, avec la même expertise, peut être demandé pour réaliser cette procédure, intervention ou observation\*.*
- *J'autorise en cas de nécessité, l'équipe à pratiquer une transfusion sanguine\*.*
- Remarque :.....  
.....
- **J'ai le droit d'annuler à tout moment mon accord pour cette intervention et/ou de poser des questions supplémentaires.**

A la consultation ou pendant l'entretien préalables à l'intervention, ce document est rédigé et signé en double exemplaire. Je reconnais avoir reçu un exemplaire et l'autre exemplaire sera joint au dossier médical.

Prénom, nom et date de naissance du patient (ou représentant)

date

.....

.....

.....

.....

Signature du patient (ou représentant)

Signature du médecin