

Je soussigné(e), M ..... , né(e) le ..... , reconnais avoir reçu du chirurgien le Docteur ..... , toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles de la maladie dont je souffre au cas où je me ferai opérer.

Il m'a expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

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

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, les médecins peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire.

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé notamment à l'article L1111-6, j'ai été informé(é) que je peux désigner une personne de confiance qui serait consultée dans l'hypothèse où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire.

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à Lyon le, .....

***Signature précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »***

**Document à remplir et à remettre impérativement le jour de votre entrée.**

Cette autorisation ne constitue pas une décharge de responsabilité.