

# INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

## FICHE URGENCE

### → PATIENT(E)

Nom

Prénom

### → NATURE DE L'INTERVENTION

Document remis à ..... le / /201 par le Dr .....

J'ai bien compris qu'il s'agit d'une pathologie pour laquelle un délai de réflexion ne peut être proposé. L'information ne peut être comparable avec une intervention programmée.

Je soussigné(e)..... né(e) le / / , confirme avoir été informé(e) par le Docteur ....., de la nécessité d'une intervention devant être pratiquée rapidement, des données essentielles de celle-ci, à savoir :

- Il m'a expliqué oralement parmi les techniques possibles le geste chirurgical qu'il allait pratiquer et la nécessité d'une intervention rapide dans la cadre de la pathologie en question.

- Puis il m'a informé(e) de l'existence des principales complications spécifiques, de séquelles et de risques y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, des antécédents, des associations pathologiques ou des réactions imprévisibles dont je peux être porteur(se), ou un aléa thérapeutique.

Dans le cadre de l'urgence relative, le docteur m'a informé(e) des complications les plus courantes mais une complication exceptionnelle est toujours susceptible de se produire. Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale qu'elles soient locales : hématome, désunion cutanée, retard de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, infection superficielle ou profonde, algodystrophie, lésion intempestive d'un élément à proximité (tendon, nerf, vaisseau ou autre), ou générales : phlébite, embolie pulmonaire, compression vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, et d'autant plus dans le cadre d'une prise en charge rapide, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur ..... à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien. J'ai reçu une fiche d'information en complément de son explication.

Les traitements médicaux que l'on m'a prescrits avant ou après l'intervention, tels les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements comportent également des risques que j'accepte en connaissance de cause.

- J'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité dans la durée d'évolution après cette intervention, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente.

- J'ai été informé(e) par le Docteur ..... des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque de résultat incomplet ou décevant pouvant nécessiter une reprise chirurgicale. J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables. Toutefois, le caractère d'urgence fait que le délai prévu entre l'entretien avec le chirurgien et l'intervention est restreint, ceci afin de pouvoir procéder au traitement en temps utile de la pathologie, tout retard à ma prise en charge pouvant être néfaste pour un résultat optimal. Je peux bien sûr choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer. J'ai compris la nécessité de me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrites en post opératoire.

Date :

Signature du/de la patient (e) précédée de la mention manuscrite « lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention »: