**AUTORISATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE A UN ACTE CHIRURGICAL**

Chirugien :

Intervention:

Prévue le ………./………/……… Remis le

Identité patient :

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Avez-vous reçu les informations médicales concernant votre pathologie et son évolution et les avez-vous comprises ? | OUI NON |
| 2. Avez-vous reçu les informations médicales concernant l’intervention dont vous allez bénéficier et les avez-vous comprises ? | OUI NON |
| 3. Avez-vous reçu les informations médicales concernant les autres traitements possibles ? | OUI NON |
| 4. Avez-vous reçu des informations précises concernant les complications éventuelles de l’intervention prévue ? | OUI NON |
| 5. Avez-vous été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement ? | OUI NON |
| 6. Donnez-vous votre consentement à l’intervention qui vous a été proposé ? | OUI NON |

**En cas de réponse négative à l’une des 6 questions, contacter le médecin concerné**

Une fiche explicative de l’AFU (Association Française d’Urologie) concernant la chirurgie projetée m’a été remise à l’issue de la consultation

**Fait à : , le :**

**Nom : ………… Prénom : …………….**

**Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :**

*« L’arrêt du 25 Février 1997, de la Cour de Cassation, pose le principe que le médecin est tenu d’une obligation particulière d’information vis à vis de son patient et qu’il lui incombe de prouver qu’il a exécuté cette obligation ».*

**CE DOCUMENT DEVRA ETRE COMMUNIQUE A L’INFIRMIERE DE CONSULTATION**