

## Consentement éclairé



Au cours de la consultation du \_\_\_\_\_, le Docteur Matthieu BEGIN, Chirurgien orthopédiste, m'a proposé une intervention chirurgicale prévue le \_\_\_\_\_.

### Intitulé intervention

#### Dr BEGIN Matthieu

Chirurgien Orthopédiste et  
Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des  
Hôpitaux de Paris  
Attaché au CHU du Kremlin-Bicêtre

#### Diplômes Universitaires :

Arthroscopie  
Pathologie chirurgicale du Genou  
Chirurgie de la Cheville et du Pied  
Médecine et Traumatologie du  
Sport

Membre de la SoFCOT  
Membre du Collège de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

N° AM



911001691

N° RPPS



10100074771

m.begin@clinique-yvette.com

www.chir-ortho-paris-sud.fr

#### Secrétariat & Rendez-Vous :

06.68.23.59.96 / 01.69.10.31.02  
sec.docteurbegin@gmail.com  
Fax : 01.64.48.97.01



www.clinique-yvette.com

Ainsi que le Dr BEGIN me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toutes les informations souhaitées, simples et intelligibles, concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre au cas où je ne me ferais pas opérer. Il m'a aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette opération et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé 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 affecté mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles. Certaines de ces complications peuvent être de survenue exceptionnelle et par conséquent impossible à prévoir et à décrire dans le cadre de cette information. Les infections liées aux soins (infections nosocomiales) et complications thrombo-emboliques (phlébite et embolie pulmonaire) ont été évoquées.

J'ai également 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, voire une interruption ou une annulation du protocole prévu. J'autorise et sollicite donc de sa part la prise en considération de ces éventualités et l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions & recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.

NOM Prénom

**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Le \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signature