



CARDIO CHIRURGIENS ASSOCIÉS

Dr N. CHAVANIS Dr A. CURTIL Dr V. DOISY Dr J.P. FRIEH Dr J. NLOGA Dr M. VIGNERON Dr F. WAUTOT

RECONNAISSANCE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Je, soussigné : NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Atteste avoir été correctement informé par le

Docteur

–de la nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté en l'absence d'intervention chirurgicale,

–du type de l'intervention proposée, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.

Atteste qu'il a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention.

Autorise le prélèvement sanguin systématique pour la recherche HIV.

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 que ceux prévus.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostic et thérapeutique requis par mon état de santé.

Fait à :

Le :

Lu et approuvé
Signature :

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin

Document établi selon les recommandations de la Société de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire de Langue Française.

A retourner au Secrétariat des Docteurs CURTIL, NLOGA et VIGNERON.
Centre de Consultations Spécialisées de la Sauvegarde.
25 Avenue des Sources - CP 419 - 69338 LYON CEDEX 09