Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie **SGH**
Société Suisse de Chirurgie de la Main **SSCM**
Società Svizzera di Chirurgia della Mano **SSCM**

Patiente / Patient

Information et consentement avant votre opération

Diagnostic :

Opération proposée :

Type d'anesthésie et durée planifiée :

☐ Ambulatoire ☐ Hospitalisation – durée prévue :

Buts de l'opération et évolution attendue :	Risques en l'absence d'opération :

Autres traitements possibles :	Avantages :	Inconvénients :
…….	…….	……..
…….	…….	……..

Dessin de l'intervention (et du matériel qui sera mis en place, cas échéant) :

Suites prévues de l'opération (avec durées approximatives) :

☐ Plâtre : ☐ Attelle : ☐ Rééducation :

☐ Activités du quotidien limitées (y compris sports) : ☐ Pas de conduite :

Complications possibles / risques <u>généraux</u> de toutes chirurgies :

☑ Infection ☑ Hématome (sang en profondeur) ☑ Raideur ou douleur inattendues

☑ Problèmes de cicatrice ☑ Blessure accidentelle (peau, nerf, artère, tendon, os, cartilage)

☑ Buts fixés pas complètement atteints ☑ Possible autre intervention nécessaire

Complications possibles / risques <u>spécifiques</u> de cette opération / conséquences :

Changements possibles du plan de traitement si des difficultés devaient survenir durant l'opération :

La durée prévue de l'opération pourrait alors augmenter.

Vos facteurs de risques particuliers (antécédents, allergies, médicaments, contagiosité…) :

Résumé des réponses à vos <u>questions / requêtes</u> spécifiques :

Matériel d'information fourni (en plus des explications orales et notées ci-dessus) :

☐ brochure ; ☐ site internet : ☐ autre :

☐ mémo « Frais de traitement à votre charge » ☐ mémo « Votre compréhension est essentielle »

Veuillez SVP cocher vous-même successivement les cases (ce jour ou à une autre date) :

☐ Je confirme avoir <u>compris l'information</u> qui m'a été donnée par mon médecin.

☐ Un <u>délai suffisant</u> de réflexion m'a été laissé pour donner mon accord au traitement.

☐ **<u>J'accepte, après réflexion, les interventions</u> discutées et mentionnées ci-dessus.**

Autres personnes présentes durant l'entretien, y compris l'interprète.

Nom / Prénom :

Date et lieu de l'entretien informatif :	*Nom et signature de la ou du médecin :*
Date et lieu de votre consentement :	**Votre signature* :** (ou celle de la ou du représentant-e légal-e)

*Même après votre signature, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment avant l'opération. Une copie de ce formulaire vous est remise.