



INSTITUT FRANÇAIS DE CHIRURGIE DE LA MAIN

*Chirurgie de l'épaule, du coude et du poignet – Chirurgie du rhumatisme – Microchirurgie
Chirurgie des nerfs – Médecine du sport – Urgences (adultes/enfants)*

Docteur Alain ISERIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux de Paris
Chirurgie de l'épaule – Arthroscopie
75 1 49477 4

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL

(Document à rapporter signé le jour de l'intervention)

Au cours de la consultation du

Le Docteur Alain ISERIN chirurgien,
m'a indiqué que l'intervention chirurgicale suivante

.....
prévue le était opportune.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre, au cas où je ne me ferai pas opérer. Il m'a aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention 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 sont de survenue exceptionnelle et peuvent n'être pas toujours guérissables sans séquelles.

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 initialement prévus, pouvant même conduire à une interruption du protocole envisagé. 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.

Fait le.....

Mr, Mme,.....

Signature