

Docteur Grégory NAVEZ

Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ancien Interne et Assistant-Chef de clinique
Des Hôpitaux de Nancy

CENTRE MEDICAL MISTRAL

180 rue Pierre Curie
07500 GUILHERAND-GRANGES
☎ **04 75 82 31 72**

07 1 71067 7 00 3 34 2 41

Conventionné Honoraires Libres

A rapporter rempli et signé, le jour de la consultation avec l'anesthésiste

DOCUMENT de CONSENTEMENT ECLAIRE pour Intervention Chirurgicale Programmée avec le Docteur NAVEZ (2 pages)

Remis à Guilhaerand-Granges, le par le Dr NAVEZ
demande, et pour répondre aux obligations légales,
je soussigne(e) Mr ;;;; confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des
informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

Le Dr NAVEZ. m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs
implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.

J'ai été informé(e) de la possibilité :

- de complications graves,
- de séquelles possibles,
- des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents
ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se),
- des réactions individuelles imprévisibles,
- d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a
informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire
inconnue, est toujours susceptible de se produire.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention
chirurgicale, qu'elles soient locales : hématome, desunion cutanée, retard ou trouble de
cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales : phlébite, embolie
pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à
une découverte ou un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de
ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur NAVEZ é effectuer tout
acte qu'il estimerait nécessaire, et é se faire assister le cas échéant d'un autre praticien.

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 bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) par le Docteur NAVEZ des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi
du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise
chirurgicale. J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les
techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour
me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives
thérapeutiques.

J'ai pu poser au Docteur NAVEZ toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris

Tél. : 04 75 82 31 72

Fax. : 04 75 60 34 91

e.mail : gregory.navez@wanadoo.fr

note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant, et que dans cet intervalle le Docteur NAVEZ. est à ma disposition pour répondre à mes questions. Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et post opératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur NAVEZ et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

J'accepte le questionnaire suivant :

- La maladie dont je souffre
- L'évolution sans traitement
- L'opération qui m'a été proposée
- Les autres traitements possibles
- Les conditions de l'hospitalisation
- Le risque de complications
- Informations sur le résultat à espérer

J'ai compris que le Docteur NAVEZ restait à ma disposition pour des explications complémentaires

Ces documents (consentement éclairé et fiche d'information pré opératoire signés et paraphés) doivent être adressés, si possible par courrier à mon chirurgien et lui parvenir au plus tard la veille de l'intervention. Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.

Date de remise des documents : le . par le Dr NAVEZ

Signature précédée de la mention manuscrite :
"lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention"

Date de signature par le patient : date jour

Mention manuscrite :

Signature :

Merci de déposer ce document rempli, le jour de la consultation avec l'anesthésiste, dans ma boîte aux lettres (à la Clinique Pasteur) ou à mon secrétariat (Centre médical Mistral)
Merci

ATTENTION : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information pré opératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.