



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Informations données par le Praticien concernant l'acte envisagé)

- Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36), je vous confirme que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices et des risques inhérents à tout acte s'effectuant sans anesthésie ou sous anesthésie locale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- J'atteste que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'acte suivant :

- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser librement toutes les questions concernant cet acte ainsi que les complications possibles et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité dans la durée de l'acte, dans les variations anatomiques, dans les cicatrifications ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.

- J'ai également été informé qu'au cours de l'acte et des soins suivants cet acte, vous pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en post-opératoire.

- J'atteste avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le « Livret d'Information Patient ».

Je, soussigné(e),

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cet acte
- Certifie ne pas vous avoir dissimulé d'éléments nécessaires pour apprécier les risques afin que mon acte sans anesthésie ou sous anesthésie locale, puisse être exécuté en toute sécurité
- Autorise le Dr ..... à pratiquer l'acte prévu dans les conditions ci-dessus

### ÉVALUATION DES RISQUES LIÉS AUX ATNC (AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS)

Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005 (A compléter avec le praticien lors de la consultation)

Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui  non
2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui  non
3. Un membre de votre famille génétique a-t-il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? oui  non
4. Avez-vous été identifié comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ?  oui  non

**\*Si réponse oui à la question n°4, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC**

<b>Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :</b>	<b>PNSNA</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients Ni Suspects Ni Atteints</b> regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST	<b>PSA</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients Suspects ou Atteints</b> Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

**Je, soussigné(e), patient ou son représentant :**

- atteste de l'exactitude des informations mentionnées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement le jour de mon entrée et qui sera archivé dans mon dossier médical
- atteste avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver : consignes générales avant l'acte, informations concernant la lutte contre la douleur, cas particulier du patient allergique au latex, informations sur l'anesthésie locale
- **En fonction de la situation épidémique, certaines mesures pourront être demandées** (port du masque, isolement...) selon les recommandations internes à l'établissement. Je reconnais en être informé(e) et en accepte le principe.

Fait à ....., le .....

Signature du Praticien responsable du patient	Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)	<b>CAS PARTICULIER</b> <b>PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE</b>	
		Nom et signature : père et mère <sup>(2)</sup> ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

**Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

<sup>(2)</sup> La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

<sup>(3)</sup> : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'infirmier(e) du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.