



Baron Lambert (B.L.)

Rue Baron Lambert 38 Baron Lambertstraat  
Bruxelles 1040 Brussel  
©: 02 739 84 11 - Fax: 02 735 76 34

Joseph Bracops (J.B.)

Rue Docteur Huet 79 Dokter Huetstraat  
Bruxelles 1070 Brussel  
©: 02 556 12 12 - Fax: 02 556 14 09

Etterbeek Ixelles/Etterbeek Elsene (E.I.)

Rue J. Paquot 63 J. Paquotstraat  
Bruxelles 1050 Brussel  
©: 02 641 41 11 - Fax: 02 641 42 70

Molière Longchamp (M.L.)

Rue Marconi 142 Marconistraat  
Bruxelles 1190 Brussel  
©: 02 348 51 11 - Fax: 02 348 51 45

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Document à remplir par le praticien avec le concours du patient lors du premier entretien et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande)

Je soussigné (e), Madame/Monsieur .....né(e) le ...../...../.....  
certifie avoir pu m'entretenir avec le Docteur .....en date du  
.....

Il a été convenu que je **dois être hospitalisé (e) à partir du ...../...../.....** aux hôpitaux Iris sud pour y subir une **intervention chirurgicale prévue le.....**

Il a été convenu que je dois subir une **intervention chirurgicale prévue le.....**

Il a été convenu que **mon enfant : ....., doit être hospitalisé (e) à partir du ...../...../.....** aux hôpitaux Iris sud pour y subir une **intervention chirurgicale prévue le.....**

Le Docteur m'a donné des **informations précises sur mes problèmes de santé/les problèmes de santé de mon enfant (diagnostic).**

Il m'a expliqué, de **façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à cette intervention.** Il m'a informé des **autres types de traitement, s'ils existent, avec leurs avantages et leurs inconvénients.**

Il m'a clairement indiqué la **nature (technique opératoire) et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, les précautions à prendre, les examens pré et postopératoires nécessaires à effectuer, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.**

- J'ai également été prévenu (e) du fait, **qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un évènement imprévu** pourrait conduire le médecin à **élargir l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement**. J'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.
- J'ai été clairement averti (e) d'une **estimation du coût financier** lié à ce type de traitement/d'intervention et ce, en fonction de mes exigences personnelles.
- J'ai eu la possibilité de **poser des questions**. Le Docteur ..... y a répondu de façon **complète et satisfaisante**. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'ai également été informé que je peux disposer d'un **délai de réflexion et revoir le praticien en cas de questions complémentaires**.
- Je déclare avoir **informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur**.
- J'ai reçu des **documents complémentaires** à l'entretien oral.
- Je suis prêt(e) à m'en **tenir strictement aux recommandations du médecin** qui me traite afin que l'intervention et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible et **je suis conscient(e) que, malgré les précautions et les efforts des médecins, de l'équipe de soignants et de moi-même, on ne peut me fournir une garantie absolue de succès**.

**Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.**

(Ce document signé est à joindre au dossier médical du patient, en cas de refus de signature par le patient, ce refus sera acté dans le dossier médical et le patient sera informé des conséquences de ce refus)

Fait à Bruxelles, le .....

Signature du patient

Signature du praticien