



# Reconnaissance d'Informations et Consentement Eclairé **R.I.C.E.** INTERVENTION CHIRURGICALE PROGRAMMEE ET ANESTHESIE

À remettre lors de votre entrée à l'hôtesse d'accueil

30.05.2013 - Version C - p. 1/1

Comme le Docteur....., chirurgien, et le Docteur....., médecin anesthésiste réanimateur me l'ont demandé, et pour répondre aux **obligations légales**, je soussigné(e) Madame, Monsieur .....

né(e) le ....., confirme avoir été **informé(e)** par eux, dans le détail, des **risques graves**, y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale et anesthésie, et en particulier à l'intervention dont je dois bénéficier qui est : .....

J'ai été informé(e) de l'existence d'un certain pourcentage de **complications** graves, de **séquelles** possibles et des **risques**, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteint(e) et aux associations de maladies dont je puis être porteur (se), mais également à des réactions individuelles imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser aux médecins toutes les **questions** concernant cette intervention et l'anesthésie et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques loco-régionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

J'ai été informé(e) par le chirurgien des **bénéfices** attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des **alternatives** thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire ultérieure.

Les **explications** fournies l'ont été en des termes suffisamment **clairs** pour me permettre d'arrêter mon choix. Je persiste, dans ma démarche de demander de plein gré, au chirurgien et à l'anesthésiste, de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien et l'anesthésiste peuvent se trouver face à une **découverte** ou un **événement imprévu** imposant des actes **complémentaires ou différents** de ceux prévus initialement. J'autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, le chirurgien et l'anesthésiste à effectuer tous actes qu'ils estimeront nécessaires, et à se faire éventuellement assister pour cela par un autre praticien.

Je confirme que le **délai** prévu entre la consultation et la date de l'intervention m'a semblé tout à fait suffisant, et que, dans cet intervalle, le chirurgien et l'anesthésiste sont restés à ma disposition pour répondre à toute interrogation de moi-même ou de mon **médecin traitant**.

Je m'engage expressément à me rendre aux **consultations prévues**, et à **me soumettre à tous les soins, toutes les précautions et recommandations** qui me seront prescrits en pré-et en post-opératoire.

Je fais confiance aux médecins pour utiliser tous les moyens à leur disposition pour approcher le résultat espéré.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une RECONNAISSANCE D'INFORMATION. Je reconnais avoir reçu

- Une information concernant l'anesthésie       Une information concernant l'intervention chirurgicale.

Date : .....

Madame, Monsieur .....

Signature (à faire précéder de la mention manuscrite « lu, approuvé et compris »)