



# CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Hôpital  
Privé de Vitry

## INFORMATION PATIENT

Civilité :

Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, en ma qualité de patient(e),  
certifie :

- Avoir clairement été informée de la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme ;
- Avoir eu la possibilité de poser des questions, les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.
- Atteste avoir donné par écrit le consentement éclairé pour mon intervention au chirurgien et à l'anesthésiste.  Oui  Non
- Donne mon autorisation pour m'opérer, faire tous les examens complémentaires et toutes anesthésies qui seront jugées nécessaires au cours de mon séjour :  Oui  Non

Fait à Vitry sur Seine, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature