CENTRE HOSPITALIER
Bourg Saint Maurice
TARENTAISE

Service de Chirurgie Explorations Fonctionnelles

Tél. : 04 79 41 79 72
Fax. : 04 79 41 79 38

Docteur T. MARTINEZ
Chef de Service
Chirurgie orthopédique
et traumatologique
P.H. temps plein
RPPS : 10003107165

Docteur K. GAMROUDI
PH temps plein
Chirurgie orthopédique
et traumatologique
RPPS : 10100887560

Docteur H. BACHOUR
P.H. temps plein
D.I .S de chirurgie viscérale
D. U. Cœlioscopie
D. U. sensibilisation cancérologie cutanée
RPPS : 10003099834

Docteur P-N. DUMONT
P.H. temps partiel
D. I. U de Proctologie
D.E.S.C.Q de Chirurgie viscérale et digestive
RPPS : 10101243797

Docteur R. FONG CHIH KAI
Chirurgie endoscopique
RPPS : 10100944429

Docteur J. KOSACKI
Chirurgie ophtalmologique
RPPS : 10100944429

FFCDS :
Mme METRAL Sandrine
Tel : 04.79.41.79.16

_____

Code identification
730000247

Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice
Rue du Nantet – BP 11 – 73704 BOURG SAINT MAURICE Cedex
Téléphone : 04 79 41 79 79

Consentement éclairé / Autorisation d'opérer

Je soussigné(e) (Nom, prénom) : ……

☐ **Agissant pour moi-même :** ……

☐ **Agissant pour mon enfant :** ……

☐ **Agissant pour le majeur protégé :** ……

☐ **Atteste avoir eu un entretien avec le Dr :** ……
exerçant au Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

☐ **Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie :**
au cours de laquelle j'ai reçu une information claire, complète et appropriée, sur les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée. Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.

☐ J'accepte la transfusion de sang, si celle-ci est nécessaire, ou l'apport de dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

☐ Je m'oppose à la transfusion sanguine qui m'est prescrite, je persiste et je signe, malgré les explications reçues. Je suis conscient(e) que ce refus peut mettre ma santé et, ou ma vie en péril et que l'hôpital fera appel au Procureur de la république pour me transfuser en cas d'urgence et ou de risque vital.

J'ai pu poser toutes les questions jugées utiles et j'ai bien compris les réponses fournies. Enfin, j'ai été informé(e) que ces praticiens sont à ma disposition ou à la disposition de mes proches (personne de confiance désignée, parents ou tuteur légal pour les mineurs ou patients sous tutelle) ou du médecin de mon choix pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai pu, en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.

Pour les patients sous tutelle ou curatelle, la signature du tuteur légal est obligatoire.
Pour les patients mineurs, la signature des deux parents est obligatoire.

AUTORISATION D'OPERER

Intitulé de l'intervention : ……

Date opératoire : …… / ….. / ……

Patient (ou tuteur légal) :	**Pour un patient mineur :**	

Parents divorcés : signature obligatoire des deux parents.
En cas de destitution de l'autorité parentale pour l'un ou l'autre des parents, la copie du jugement qui s'y réfère est indispensable.

En absence d'autorisation dûment complétée, l'intervention chirurgicale est annulée.

Nouveauté : vous pouvez désormais prendre vos rendez-vous sur notre site : ***https://mychbsm.sante-ra.fr***
si vous avez besoin d'aide n'hésitez pas à solliciter le secrétariat.