**Formulaire de consentement à la chirurgie**

*Je soussigné…………………………………… atteste avoir été reçu(e) par le Dr………………………… au centre hospitalier/à la clinique/à son cabinet, le …. /…./…..*

*Lors de cette consultation, le Dr………………………………. m’a informé(e) sur :*

- *l’état de santé de mon enfant, la maladie qu’il présente, l’évolution prévisible ;*

- *les actes, interventions et traitements envisagés, différentes possibilités de traitement, les délais dans lesquels il fallait envisager ces traitements*

- *les risques de complications pouvant survenir lors de ces actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves) ;*

- *les risques pouvant survenir du fait de l’évolution de la maladie de mon enfant en cas de refus d’intervention.*

*Le Dr……………………. a également procédé à une explication personnalisée au cas de mon enfant afin de me recommander le traitement le plus adapté à son cas particulier.*

*J’ai compris l’ensemble des informations qui m’ont été communiquées.*

*J’ai posé toutes les questions que j’ai jugées nécessaires et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.*

*Le Dr… m’a également recommandé de prendre un délai de réflexion en précisant quel était le degré d’urgence et la période idéale pour une intervention chirurgicale.*

*Il m’a incité(e) à le recontacter, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions,*
*- ce que j’ai fait.*

- *ce que je n’ai pas fait car je n’en ai pas ressenti le besoin.*

*Je m’estime désormais suffisamment informé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j’accepte que soit pratiquée sur mon enfant l’intervention préconisée par le Dr…*

A…………………………., le…………………………

Signature du père Signature de la mère