

## **CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ MUTUEL**

*(Document à rapporter et remettre signé le jour de l'intervention)*

Comme vous m'avez demandé de le faire lors de la consultation et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

1. Je vous confirme que vous m'avez exposé personnellement les objectifs, avantages et inconvénients de l'intervention que vous allez pratiquer.

### **Nature de l'intervention programmée**

#### **HYSTÉROSCOPIE OPÉRATOIRE POUR ABLATION DE L'ENDOMÈTRE**

*(Endométréctomie)*

Les alternatives thérapeutiques m'ont été présentées et explicitées de même que les risques inhérents à toute intervention chirurgicale, auxquels s'ajoutent :

- a. Des risques particuliers liés au type d'intervention que je vais subir : perforation de l'utérus, résection incomplète, plaie des organes de voisinage, saignement secondaire, synéchie (accolement secondaire de la zone opérée), diminution du volume des règles voire absence de règles (aménorrhée), échec ou persistance des symptômes, infection.
  - b. Un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant à la pathologie dont je suis affectée.
  - c. Une part d'imprévisibilité dans l'acte opératoire et dans ses suites, liée à des possibilités de variations anatomiques locorégionales, à des variations individuelles de cicatrisation et de consolidation, etc. ...
  - d. Ainsi que des risques exceptionnels : infection nosocomiale, intravasation de glycolle (soluté de lavage), voire même inconnus.
2. Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et prendre la décision de vous demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.
  3. J'ai été prévenue qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver confronté à une découverte ou un événement imprévu, imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.
  4. Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus d'un délai minimum entre la consultation et l'intervention et que dans cet intervalle vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.
  5. Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en postopératoire.

Je vous fais confiance, pour utiliser tous les moyens à votre disposition, pour approcher le résultat souhaité.

Mention Manuscrite « Lu et approuvé »

.....

NOM : .....	<b>Signature</b>
Prénom : .....	
Date : .....	