

Je soussigné(e), Monsieur/Madame
déclare expressément que lors de la consultation du docteur
le, il a été explicitement convenu qu'une hospitalisation était nécessaire à partir du,
à l'AZ Sint-Maria, à Hal, en vue de l'intervention chirurgicale suivante :
.....

Cette intervention est prévue le, à la suite du diagnostic (présumé) suivant :
.....

L'opération sera pratiquée par et l'anesthésie sera réalisée par un des anesthésistes liés
contractuellement à l'hôpital AZ Sint-Maria, à Hal.

Le (la) patient(e) préfère une anesthésie (locale ou générale).
La nature, la portée, les avantages et les inconvénients des formes d'anesthésie possibles ont été expliqués. L'anesthésiste administrera la
forme d'anesthésie choisie par le (la) patient(e), pour autant que cette forme d'anesthésie soit justifiée d'un point de vue médical.

Si l'anesthésiste estime qu'une autre forme d'anesthésie est plus indiquée, le (la) patient(e) en sera informé(e) en temps utile et de
manière motivée. Le (la) patient(e) a alors la possibilité, en concertation avec l'anesthésiste, de faire un choix mûrement réfléchi
éventuellement en faveur d'une autre forme d'anesthésie. Ce nouveau choix est alors soit ajouté à ce formulaire d'information et de
consentement, soit noté dans le dossier du (de la) patient(e).

Toutefois, si le (la) patient(e) refuse de marquer son accord en ce qui concerne l'autre forme d'anesthésie proposée par l'anesthésiste,
l'anesthésiste a le choix soit d'administrer malgré tout la forme d'anesthésie choisie par le (la) patient(e), soit de refuser de participer à
l'intervention chirurgicale. Dans ce dernier cas, il va de soi que le (la) patient(e) en sera également informé(e).

Le docteur m'a fourni des explications précises sur mon état de santé. Il m'a décrit en
termes simples et compréhensibles l'évolution possible si une intervention chirurgicale n'est pas pratiquée. Il m'a également fourni des
informations au sujet des autres traitements possibles, de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Le médecin m'a clairement décrit la nature, la portée et l'objectif de la ou des interventions / procédures qui seront exécutées et les
désagréments qui en découlent, ainsi que les risques, les effets secondaires et les complications possibles de cette ou ces interventions /
procédures, tant à court qu'à long terme.

J'ai également reçu une brochure d'information à ce sujet : oui non

Le médecin m'a informé(e) que pendant l'exécution de la ou des interventions / procédures, l'équipe médicale peut être amenée à
étendre la ou les interventions / procédures prévues à des actes médicaux supplémentaires impossibles à prévoir mais médicalement
nécessaires. Par conséquent, j'autorise par la présente le médecin susmentionné à pratiquer tout acte médical supplémentaire en cas
d'absolue nécessité médicale pendant l'exécution de la ou des interventions / procédures prévues. Le médecin a souscrit une assurance
responsabilité civile.

En outre, je déclare expressément être au courant d'une estimation du coût financier (montant de la quote-part personnelle) lié à ce
type de traitement et aux soins ultérieurs, en fonction de mes exigences personnelles.

Le médecin susmentionné m'a donné l'occasion de poser des questions et il y a répondu de manière suffisante et complète. J'ai bien
compris ses réponses.

Par la présente, je consens à la réalisation de la ou des interventions / procédures décrites ci-dessus.

Je déclare avoir informé le médecin correctement et complètement de mon état de santé préexistant et avoir répondu honnêtement à
ses questions à ce sujet.

Je suis disposé(e), tant dans l'intérêt du bon déroulement de l'opération que de mon rétablissement, à me conformer scrupuleusement
aux instructions du médecin susmentionné.

À cet égard, mon attention a également été attirée sur le fait que les directives suivantes doivent être strictement respectées :

- à partir de minuit ou au moins 6 heures avant l'examen / l'intervention et l'anesthésie, ne plus rien manger et ne pas fumer ; au moins 4 heures avant, ne plus rien boire ;
- ne pas conduire de véhicule (voiture, vélo, moto) et ne pas utiliser de machines jusqu'à 24 heures après le traitement ;
- ne pas consommer de boissons alcoolisées et ne pas prendre de somnifères sans prescription jusqu'à 24 heures après le traitement ;
- ne pas rentrer chez moi par mes propres moyens jusqu'à 24 heures après le traitement, mais me faire raccompagner à la maison par une personne responsable ;
- veiller à être sous la surveillance d'un adulte durant les premières 24 heures après le traitement, à ne pas prendre de décisions importantes et à ne pas signer de documents ;
- autres directives à suivre qui ont été communiquées :

Je comprends que la pratique clinique médicale n'est pas une science exacte, qu'une énumération des complications possibles ne peut jamais être exhaustive et qu'aucune garantie ne peut être donnée quant au résultat final de la ou des interventions / procédures (aucun engagement de résultat).

J'autorise l'administration de produits sanguins pendant ou après l'intervention, si nécessaire.

J'ai été informé(e) que mes données à caractère personnel seront conservées et traitées au sein de l'hôpital dans le cadre de la gestion de mon dossier de patient, ainsi que pour certaines finalités administratives telles que la facturation, l'enregistrement des données, etc. Mes données à caractère personnel peuvent par ailleurs être utilisées par le médecin principal ou par son représentant dans le cadre de contrôles qualité et d'audits médicaux réalisés au sein de l'hôpital. J'accepte ce traitement de mes données à caractère personnel et leur transmission interne au sein de l'hôpital en vue de ces finalités. J'accepte également le transfert de mes données à caractère personnel au médecin (généraliste) traitant hors de l'hôpital, que j'ai indiqué.

Je consens à ce que des images ou des clichés soient réalisés dans le cadre de mon dossier médical avant / pendant / après la ou les interventions / procédures susmentionnées et à ce que ces images ou clichés soient éventuellement utilisés plus tard de manière anonyme à des fins d'enseignement médical ou de publication scientifique.

J'autorise le médecin susmentionné à exécuter la ou les interventions / procédures en collaboration avec un médecin ou un assistant de son choix.

Si je ne peux pas donner mon consentement éclairé à un moment donné, l'équipe suivra les instructions que j'ai données précédemment (si elles sont disponibles) ou recevra le consentement de mon représentant.

Fait à HAL, le

- en tant que patient(e)
- en tant que parent d'un enfant mineur (ajouter le nom de l'enfant)
- représentant(e)

Nom et signature, précédés de la mention manuscrite « lu et approuvé »

« Lu et approuvé » :

Nom :

Nom du (de la) patient(e)/de l'enfant :

Signature :