



Clinique Toulouse Lautrec

Docteur Aloïs ESPIÉ

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Document remis par le Docteur Aloïs ESPIÉ

à le / /

Ainsi que le **Docteur Aloïs ESPIÉ** me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je soussigné(e) né(e) le / /
confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

CORRECTION D'UNE GRIFFE D'ORTEIL :

- > **CHIRURGIE CONSERVATRICE [GESTES PERCUTANÉS DE TENOTOMIE(S) des extenseurs et/ou des fléchisseurs ET/OU D'OSTEOTOMIE(S) phalangienne(s) et/ou métatarsienne(s)]**
- > **ou ARTHRODESE DE L'ARTICULATION INTER-PHALANGIENNE D'UN ORTEIL .**

Le Docteur Aloïs ESPIÉ m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.
Il m'a remis la **fiche d'information préopératoire** spécifique, que je m'engage à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée.

J'ai été informé(e) de la possibilité :

- de complications graves,
- de séquelles possibles,
- des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se),

- des réactions individuelles imprévisibles,
- d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces **complications**, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe, que je reconnais avoir reçue.

Outre ces **complications spécifiques**, je prends note des **complications de toute intervention** chirurgicale, qu'elles soient **locales** : hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse ou douloureuse, raideur articulaire, retard ou absence de consolidation, algodystrophie, échec de l'intervention réalisée, rupture ou défaillance de l'implant ou du matériel d'ostéosynthèse, ou **générales** : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse.

La plupart de ces complications guérissent sans séquelle, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale, certaines peuvent laisser persister des séquelles fonctionnelles graves et définitives.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à **une découverte ou un évènement imprévu** imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur Aloïs ESPIÉ à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien. J'ai également bien compris qu'une **check-list** est réalisée juste avant l'incision, patient(e) anesthésié(e), et que l'intervention chirurgicale peut ne pas avoir lieu en cas de problème de dernière minute.

Certains **traitements médicaux**, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai bien compris que l'**anesthésie**, qu'elle soit générale, péridurale, locorégionale ou locale, comporte ses propres risques. Les médecins anesthésistes sont à ma disposition pour me donner toutes les explications nécessaires lors des consultations spécifiques pré-opératoires auxquelles il est indispensable que je participe dans de brefs délais.

J'ai été informé(e) par le Docteur Aloïs ESPIÉ des **bénéfices attendus** de cette intervention, mais aussi du **risque d'échec**, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables.

Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser au Docteur Aloïs ESPIÉ toutes les **questions concernant cette intervention** et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme que le **délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention** est suffisant, et que dans cet intervalle le Docteur Aloïs ESPIÉ est à ma disposition pour répondre à mes questions. Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable **contrat moral entre le Docteur Aloïs ESPIÉ et moi-même, dans un climat de confiance réciproque**, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

J'accepte volontiers de répondre au questionnaire suivant :

| | J'ai compris | Je n'ai pas compris |
|--|--------------------------|--------------------------|
| La maladie dont je souffre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'évolution sans traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'opération qui m'a été proposée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les autres traitements possibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les conditions de l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le risque de complications | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informations sur le résultat à espérer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si j'ai coché une case « pas compris », j'admets que l'intervention ne pourra se faire avant qu'une explication complémentaire m'ait été donnée par le Docteur Aloïs ESPIÉ.

Ces documents (**consentement éclairé** et **fiche d'information préopératoire**, signés et paraphés) doivent être adressés, si possible par courrier, à mon chirurgien et lui parvenir au plus tard la veille de l'intervention.

Comme il se doit, un **délai de réflexion** est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.

Date de remise des documents par le Docteur Aloïs ESPIÉ : / /

Accord du patient :

(signature précédée de la mention manuscrite : « lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention »)

Date de la signature du patient : / /

Mention manuscrite :

Signature (du patient ou de son représentant légal si le patient est mineur) :

Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.