



## CHIRURGIE THORACIQUE – CANCEROLOGIE THORACIQUE

Docteur Olivier PAGÈS

CLINIQUE DES CÈDRES

Château d'Alliez, 31 700 CORNEBARRIEU

Tél : 05.61.50.10.17 – Fax : 09.81.40.26.96

### CONSENTEMENT ECLAIRE AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de Naissance / /  
Au cours de la consultation du Docteur Olivier PAGÈS.. du / / et en présence  
de ....., il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) prochainement  
( / / ) à .la.Clinique des Cèdres, à CORNEBARRIEU....., pour y  
bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien, de manière simple et intelligible, toute  
l'information souhaitée concernant :

- l'évolution spontanée de ma maladie en l'absence d'intervention,
- les bénéfices attendus et les risques encourus en cas d'intervention,
- les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé que toute intervention chirurgicale est susceptible d'entraîner  
des complications dont la gravité peut aller jusqu'au décès, ceci en tenant compte non  
seulement de la maladie dont je suis affecté(e), mais également des variations individuelles.  
Certaines de ces complications peuvent être de survenue exceptionnelle.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement  
imprévu peuvent conduire à modifier l'intervention envisagée, voire à interrompre  
l'opération. Dans cette éventualité j'autorise le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait  
nécessaire.

Le chirurgien a par ailleurs insisté sur l'importance de l'arrêt de toute intoxication (tabac,  
alcool et toutes substances addictives) et la nécessité de respecter les prescriptions  
thérapeutiques.

Je reconnais avoir pu poser les questions que je souhaitais.

J'autorise enfin le Docteur .Olivier Pagès.

- à discuter de mon dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire,
- à utiliser les données médicales me concernant à des fins statistiques pour  
d'éventuelles recherches scientifiques, en sachant que toutes ces données resteront  
confidentielles et anonymes.

Fait en double exemplaire à ..... le / /

Signature :

