

# Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT

Ancienne Interne, Chef de clinique et Assistant des Hôpitaux de Toulouse  
CHIRURGIEN OTOLOGIQUE ET CERVICO-FACIAL de l'Adulte et de l'Enfant

doc.orl.martindupont@gmail.com

contact@chirurgien-orl.fr

Clinique Thiers: 330 avenue Thiers 33100 Bordeaux (Numéro FINESS: 330780487- Numéro DMT: 181)

Fax: 05.57.77.67.30

Secrétariat : 05.57.77.67.87 / orlbastide@gmail.com

Prise de RDV sur doctolib.fr

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Remis à BORDEAUX,

Le

Par le Dr Nathalie MARTIN-DUPONT

Ainsi que le Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT 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.

Le Dr Nathalie MARTIN-DUPONT 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 (si la fiche spécifique existe).

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 générales : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse. J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT 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.

# Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT

Ancienne Interne, Chef de clinique et Assistant des Hôpitaux de Toulouse  
CHIRURGIEN OTOLOGIQUE ET CERVICO-FACIAL de l'Adulte et de l'Enfant

doc.orl.martindupont@gmail.com

contact@chirurgien-orl.fr

Clinique Thiers: 330 avenue Thiers 33100 Bordeaux (Numéro FINESS: 330780487- Numéro DMT: 181)

Fax: 05.57.77.67.30

Secrétariat : 05.57.77.67.87 / orlbastide@gmail.com

Prise de RDV sur doctolib.fr

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 été informé(e) par le Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT 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.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant, et que dans cet intervalle le Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT 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 Nathalie MARTIN-DUPONT et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

J'ai bien compris que la pandémie actuelle de Covid-19 impose à la population des risques accrus de contracter une maladie potentiellement grave et que toute sortie de mon domicile est un facteur aggravant.

Mon médecin m'a bien expliqué les mesures de prévention qui sont mises en place pour les soins qui me sont proposés.

Ces documents (consentement éclairé et fiche d'information préopératoire signés et paraphés) doivent être amenés le jour de l'intervention au plus tard. 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.

# Docteur Nathalie MARTIN-DUPONT

Ancienne Interne, Chef de clinique et Assistant des Hôpitaux de Toulouse  
CHIRURGIEN OTOLOGIQUE ET CERVICO-FACIAL de l'Adulte et de l'Enfant

doc.orl.martindupont@gmail.com

contact@chirurgien-orl.fr

Clinique Thiers: 330 avenue Thiers 33100 Bordeaux (Numéro FINESS: 330780487- Numéro DMT: 181)

Fax: 05.57.77.67.30

Secrétariat : 05.57.77.67.87 / orlbastide@gmail.com

Prise de RDV sur doctolib.fr

En conséquence, je, soussigné(e) .....

1/ Autorise le Dr. Nathalie MARTIN-DUPONT à pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection que je présente et, ayant fait l'objet d'une information, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.

2/ Comprends que le Dr. Nathalie MARTIN-DUPONT peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différent de ceux planifiés.

3/ Autorise le Dr. Nathalie MARTIN-DUPONT et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

4/ Autorise en cas de nécessité, l'équipe, à pratiquer une transfusion sanguine.

5/ Autorise le transfert que nécessiterait mon état de santé, dans un autre établissement.

Intervention .....

Prévue le .....

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

Date de signature par le patient : .....

Attention : si vous n'apportez pas 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.

Dr Nathalie MARTIN-DUPONT