



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR PLASTISCH  
REKONSTRUKTIVE UND ASTHETISCHE CHIRURGIE

**SGPRAC**

SOCIÉTÉ SUISSE DE CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTIVE ET ESTHÉTIQUE

**SSCPRE**

SOCIETÀ SVIZZERA DI CHIRURGIA PLASTICA,  
RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA

*INFORMED CONSENT - INFORMED CHOICE*

### **SARA (Swiss Association of Risk Assessment)**

Je soussigné(e)

né(e) le

consens à subir l'intervention (chirurgicale) suivante

effectuée par

J'ai été informé(e) en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale, des risques, des restrictions, des complications éventuelles ainsi que d'interventions complémentaires éventuelles. Ceci s'applique également à l'anesthésie. J'ai eu le temps de réfléchir pour prendre ma décision et ai obtenu réponse à mes questions (noter les détails de la procédure, énumérer les risques par écrit, etc.).

J'ai également été informé(e) des précautions à prendre dans la période post-opératoire et des risques d'interventions ultérieures.

J'autorise mon médecin à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure et/ou d'éventuelles interventions postopératoire, quand bien même ceci diffère de ce qui a été discuté établi ou discuté auparavant.

J'ai informé mon médecin de tout problème de santé - allergie, prise de médicament - ou problème chirurgical passé.

Je suivrai scrupuleusement les instructions qui me seront données avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention.

J'accepte que des photographies cliniques soient prises à des fins scientifiques et de documentation.



*Registre des implants mammaires/statistique opératoire*

Les implants, leur suivie et les interventions sont saisis dans une banque de données. La protection des données est garantie. Les données sont mises à disposition d'une façon anonyme et dans un but scientifique uniquement. En tant que patient, j'ai accès à mes données et peux demander leur suppression ([support@hcri.ch](mailto:support@hcri.ch) ou 044 384 80 00).

j'accepte  je n'accepte pas

*Moyens utilisés*

image/photo  schémas  brochure  feuille spécifique  autre

*Commentaires et questions complémentaires*

*Confirmation*

Je confirme avoir été informé(e) sur l'intervention de manière compréhensible comme il est expliqué dans ce compte-rendu. J'ai reçu réponse à toutes mes questions posées. Une copie de ce compte rendu m'a été donnée.

Durée de l'entretien informatif

Lieu, date et heure de l'entretien informatif

Signature de patient(e) respectivement du représentant(e) légal(e)  
(à faire précéder de la mention manuscrite «*lu et approuvé*»

Noms et Prénoms d'autres personnes présentes (éventuellement interprète)

Signature du médecin

Refus d'entretien informatif

Signature du patient(e)

Pour ce qui concerne la relation juridique entre les parties et plus particulièrement l'ensemble des droits qui ont trait aux examens, aux traitements et à tous les autres types de prestations, le droit matériel suisse est applicable, notamment le code des obligations.

(lorsqu'il s'agit d'un patient étranger)

For judiciaire (Suisse ou Liechtenstein)

