

## **Informations minimales devant figurer dans l'attestation du patient concernant son consentement**

**Nom :**

**Prénom :**

**NIR :**

*(N° de Sécurité Sociale)*

### **Consentement éclairé à mon intervention de chirurgie bariatrique**

- J'ai reçu de l'équipe pluridisciplinaire une information écrite et orale sur la chirurgie bariatrique
  
- J'ai pu poser toutes mes questions et ai obtenu les réponses, en tant que de besoin
  
- J'ai été informé(e) des risques de l'obésité et de ce que je devais faire pour lutter contre cette obésité
  
- Le chirurgien m'a expliqué les différentes interventions de la chirurgie de l'obésité. Il m'a informé(e) des bénéfices et inconvénients de chacune, y compris les risques encourus.
  
- J'ai eu le choix entre plusieurs types d'interventions
  
- J'ai bien compris que je devais continuer à changer mes habitudes de vie et d'alimentation comme je l'ai fait avant l'intervention, à cause des conséquences possibles de cette intervention
  
- J'ai bien compris que je devais voir un médecin régulièrement tout au long de ma vie comme il me l'est indiqué et écrit par l'équipe pluridisciplinaire
  
- Si je suis une femme en âge d'avoir des enfants, j'ai compris pourquoi je devais m'engager à suivre une contraception pendant 12 à 18 mois après mon intervention et à me faire suivre pendant mes grossesses, à cause des risques encourus que j'ai appris et que je connais
  
- Je donne donc mon consentement en toute connaissance de cause à la réalisation de mon intervention de chirurgie bariatrique.

### **Engagement de suivi médical et chirurgical à vie**

- Je m'engage à me faire suivre régulièrement à vie selon les recommandations et le plan personnalisé de soins qui m'a été présenté.
  
- J'ai bien compris que des complications tardives graves peuvent survenir

**Signature**

**Date**