

Département de Médecine

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MEDECIN QUI PROPOSE L'EXAMEN / LE TRAITEMENT.

Examen / Traitement proposé :

Le Dr / La Dre (Nom et Prénom)a expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques, les possibles complications, les conditions de prise en charge et les alternatives à l'examen / au traitement proposé.

Le Médecin a offert au Patient / à la Patiente la possibilité de poser toutes les questions qu'il / elle souhaitait et a répondu de manière claire et exhaustive.

Signature et Timbre :

Lieu et Date :

PATIENT AUQUEL / PATIENTE A LAQUELLE L'EXAMEN / LE TRAITEMENT EST PROPOSE.

J'ai été informé / informée de la nature et du but de l'examen / du traitement proposé ci-dessus. Le Médecin m'a informé / informée des bénéfices, des risques et possibles complications, des conditions de prise en charge, de même que des alternatives à l'examen / au traitement proposé.

Suite à l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses claires et exhaustives qui ont été apportées à mes questions, j'accepte l'examen / le traitement proposé ci-dessus.

PATIENT

Nom et Prénom :

Signature :

Lieu et Date :

OU

REPRESENTANT LEGAL / THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Nom et Prénom :

Signature :

Lieu et Date :