
Nom de l'intervention, procédure invasive ou traitement :

Suite à l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, l'intervention chirurgicale, la procédure invasive ou le traitement (souligner ce qui convient), mentionné(e) ci-dessus.

J'ai été informé(e) de la nature et du but de l'intervention chirurgicale, de la procédure invasive ou du traitement proposé. Le médecin m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale, procédure invasive ou traitement proposé.

Signature du patient* :

ou de son représentant légal ou thérapeutique* : _____

Nom, prénom (lettres majuscules) : _____

Date : _____

* La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement.

Service : _____ Tél. : _____

Je, soussigné, Dr _____ (Nom, prénom, lettres majuscules), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention chirurgicale et/ou procédure diagnostique ou thérapeutique invasive et/ou traitement. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaitait et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué. Dans le cas où je ne serais pas présent lors de la signature de ce formulaire par le patient, je comprends qu'il n'a qu'une valeur de documentation, bien que le processus du consentement éclairé ait pris place. Je reste responsable d'obtenir le consentement éclairé du patient ainsi que de son information.

Date : _____

Signature du médecin : _____

Type d'information donnée :

Entretien d'information

Brochure

Feuille d'information (titre) _____

Vidéo

Ce document signé doit faire partie du dossier du patient. Une copie est à remettre au patient.

