



Titre : Consentement éclairé du patient

Etiquette patient

ECHOCARDIOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE

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 (à souligner ce qui convient), mentionné ci-dessus.

J'ai été informé de la nature et du but de l'intervention chirurgicale, la procédure invasive ou le 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, la procédure invasive ou le traitement proposé.

Patient (signature*) : _____

Représentant légal ou thérapeutique* _____

Nom (lettre majuscule) : _____

Date : _____

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

Je, soussigné, Dr _____ (Nom, prénom, caractère majuscule), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention chirurgicale et/ou une procédure diagnostique ou thérapeutique invasive et/ou traitement. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite 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 : _____

Médecin (signature) : _____

Matériel d'information reçu :

Entretien d'information

Brochure / feuille (titre) _____
d'information



NB : CE DOCUMENT DOIT FAIRE PARTIE DU DOSSIER DU PATIENT. UNE COPIE EST A REMETTRE AU PATIENT