

## Formulaire de consentement

Nom de l'examen ou du 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'examen ou traitement mentionné ci-dessus. J'ai été informé·e de sa nature et de son but. Le/la médecin m'a aussi informé·e des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention.

Signature patient·e : .....

ou représentant·e légal·e ou thérapeutique\* : .....

Nom, prénom (en lettres majuscules) : .....

Date : .....

\* La signature du/de la patient·e doit être obtenue, sauf en situation d'urgence ou en cas d'incapacité de discernement.

---

Service : ..... Tél. : .....

Le/la Dr·e ..... (Nom, prénom en lettres majuscules), a expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'examen ou traitement. Il/elle a également offert au/à la patient·e la possibilité de poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait et a pleinement répondu à ces dernières.

Date : ..... Signature médecin : .....

Type d'information donnée :

Entretien d'information

Brochure, feuille d'information ou vidéo

Titre : .....

**Ce document signé doit faire partie du dossier patient. Une copie est à remettre au/à la patient·e.**