



Service de néphrologie - tél. 021/314.11.54/30 - fax 021/314.11.39

Protocole concernant les biopsies rénales

J'ai lu et compris les termes de l'indication à la ponction biopsie rénale ainsi que les avantages et les risques potentiels liés à ce geste. J'ai eu la possibilité de poser des questions qui ont reçu une réponse satisfaisante. Je donne par la présente mon consentement éclairé pour pratiquer une ponction biopsie rénale. J'ai reçu un exemplaire de la feuille d'information du patient et du présent formulaire de consentement informé du patient.

J'ai été informé que ce geste nécessitait une hospitalisation d'environ 24h, la pose d'un cathéter intraveineux dans l'avant bras, et que des précautions devaient être prises 10 jours après la ponction biopsie rénale.

Je comprends qu'en signant ce consentement éclairé, j'autorise les médecins responsables de ma situation médicale à accéder à mon dossier médical ainsi qu'aux données en lien avec la ponction biopsie rénale.

Je comprends également que les informations recueillies dans le cadre de ce geste sont conservées dans mon dossier et font partie intégrante de ce dernier.

Je comprends que je suis libre d'accepter ou de refuser ce geste sans avoir à motiver mon choix. J'ai eu un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

Signature du patient: **Date :**

Nom du patient:

Je soussigné, ai entièrement expliqué les détails pertinents de ce geste (PBR) au patient nommé ci-dessus pour son consentement.

Signature du médecin : **Date :**

Nom du médecin :

Un exemplaire de la fiche d'information destinée au patient et du formulaire de consentement informé du patient doivent être remis au patient avec copies dans le dossier.

