

# DÉCLARATION DE CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION/UNE PROCÉDURE/UN EXAMEN/UN TRAITEMENT

À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE PATIENT ET LE MÉDECIN

*Cher patient,*

*Veillez lire minutieusement la déclaration de consentement ci-dessous et la confirmer en apposant votre nom et votre signature.*

Je soussigné(e) ,..... (nom, prénom),  
 patient / parent / représentant légal du patient (biffer les mentions inutiles) :  
 ..... (nom, prénom)

- Je marque mon accord avec l'intervention/l'examen risqué/le traitement/la procédure proposé(e)(s), à savoir :

.....  gauche  droit(e)  bilatéral  n/a

- Si cette ntervention/procédure ou cet examen comprend la transplantation/le don de  tissus oculaires  tissus issus de l'appareil locomoteur

je consens à ce que le médecin exécute l'intervention/la procédure/l'examen susmentionné. J'ai en outre eu l'occasion de poser des questions.

- J'ai reçu suffisamment d'informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant l'intervention/l'examen risqué/le traitement/la procédure choisi(e)(s). J'ai compris la totalité de ces informations.

Ces informations m'ont été procurées :

- par le site Internet
- par une fiche ou brochure informative
- lors d'un entretien avec un prestataire de soins :

risques : .....

avantages : .....

alternatives : .....

autrement : .....

- Je déclare que je respecterai toutes les directives du médecin concernant l'intervention/l'examen/le traitement/la procédure proposé(e)(s). Je comprends que, malgré les plus grandes précautions et les efforts du (des) médecin(s) traitant(s), de l'équipe infirmière et de moi-même, il est impossible de garantir la réussite.

- Je consens à ce qu'en cas d'urgence, toutes les mesures soient prises pour garantir ma sécurité/santé.

à l'exception de : .....

- Je consens à ce qu'avant, pendant ou après l'intervention/la procédure/l'examen susmentionné(e)(s), des images ou des photos anonymes soient faites qui, tout comme certaines données du dossier, pourront être utilisées ultérieurement dans l'enseignement médical ou dans des publications scientifiques.

Signature du patient/du représentant : .....

Date : ..... / ..... / ..... | Heure : ..... h .....

Nom du médecin : .....