



Formulaire de consentement éclairé Actes invasifs

(Document à remplir par le médecin avec le concours du patient lors de la consultation)

Je soussigné(e), Madame / Monsieur
né(e) le/...../..... certifie avoir pu m'entretenir avec le
Docteur en date du/...../.....

- Il a été convenu que je dois bénéficier d'un(e)
le/...../.....
- Il a été convenu que mon enfant :, doit
bénéficier
d'un(e)
le/...../.....

Le Docteur m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé / les
problèmes de santé de mon enfant (diagnostic).

- Il m'a expliqué, de façon simple et compréhensible, l'évolution possible si l'on ne
recourait pas à cet acte / moyen diagnostic / moyen thérapeutique. Il m'a informé
des autres types de traitement / prise en charge, s'ils existent, avec leurs avantages
et leurs inconvénients.
- Il m'a clairement indiqué la nature (technique) et le but de l'intervention qui sera
pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, les précautions à
prendre, les examens nécessaires à effectuer, ainsi que les risques et complications
potentiels de cet acte, non seulement dans les suites immédiates mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait, qu'au cours de l'intervention, une découverte ou
un évènement imprévu pourrait conduire le médecin à compléter la prise en charge en
réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou
prescription qu'il estimerait nécessaire, en ce compris la transfusion sanguine (1).

- J'ai été invité(e) à me renseigner auprès du service de tarification sur une estimation
du coût de ce type de traitement / d'intervention et ce, en fonction de mes exigences
personnelles.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions. Le Docteur y a répondu de façon
complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'ai
également été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion et revoir le
praticien en cas de questions supplémentaires.
- Je déclare avoir informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur.
- Je suis prêt(e) à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me
traite afin que l'intervention et la suite se déroulent le plus favorablement possible et
je suis conscient(e) que, malgré les précautions et les efforts des médecins, de
l'équipe de soignants et de moi-même, on ne peut me fournir une garantie absolue
de succès.

(1) Biffer si opposition



Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessous, je donne mon consentement pour que soit réalisé l'acte médical prévu dans les conditions ci-dessus.

Le signataire est (cocher ce qui convient)

- Le patient
- Un représentant désigné par le patient (doit présenter un mandat écrit)
- L'administrateur de la personne (doit avoir été désigné par le Juge de Paix)
- L'époux / partenaire cohabitant
- Un enfant majeur
- Un parent
- Un frère / une sœur majeur(e)

Fait à , le/...../.....

Signature du patient ou de son représentant