



## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ** **Tests allergologiques**

*(Document à remplir par le médecin avec le concours du patient)*

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 /mon enfant / ..... (*indiquer le nom du patient si ce  
consentement est signé par son représentant légal*) dois bénéficier d'un test allergologique  
prévu le ...../...../..... .

- Le Docteur m'a donné des informations précises sur (\*) mes problèmes de santé /les problèmes de santé de la personne que je représente (diagnostic).
- Il/Elle m'a expliqué, de façon simple et compréhensible, l'implication thérapeutique si l'on ne recourait pas à ce test.
- Il/Elle m'a clairement indiqué la nature et le but du test qui sera pratiqué, l'inconfort possible qu'il est susceptible d'entraîner, les précautions à prendre, ainsi que les risques et complications potentiels de ce test.
- Il/Elle m'a clairement indiqué que ce type de test a pour but de déterminer si le patient présente actuellement une sensibilisation allergique à un élément donné. Il m'a également précisé que nous ne pouvons avoir aucune certitude quant à la manière dont cette sensibilisation allergique pourrait évoluer avec le temps (évolution imprévisible et individuelle).
- J'ai été clairement averti (e) d'une estimation du coût financier lié à ce type de test.
- 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 complémentaires.
- Je déclare avoir informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur.

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que soit réalisé le test prévu dans les conditions ci-dessus.

*(\*) Biffer la mention inutile*



TD911

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 légal