

FICHE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE SOINS EN SSR



NOM

.....

PRÉNOM

.....

DATE DE NAISSANCE

.....

NOM DU MÉDECIN DE LA CLINIQUE

.....

Vous avez pris la décision de participer à la réadaptation respiratoire du SSR : vous adhérez au programme de soin proposé.

Ainsi, vous vous engagez :

- à respecter les horaires et la durée de la cure SSR (3 semaines du lundi au vendredi)
- à participer à tous les ateliers proposés
- à rencontrer tous les intervenants du programme

J'ai bien été informé(e) des bénéfices et des risques :

- Des examens complémentaires
- Des traitement médicamenteurs et des soins proposés

Dans le cas où je ne pourrais pas exprimer ma volonté et si un professionnel soignant subit un accident exposant au sang lors de mes soins, j' autorise l' établissement à effectuer une prise de sang pour des examens biologiques (type sérologie). J'autorise les étudiants des écoles encadrés à la Polyclinique à participer à la réalisation des soins me concernant.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m' ont été fournies. Je suis en droit de poser toutes les questions nécessaires me concernant et de donner mon point de vue. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

J'adhère au programme et au projet de soin qui m'est proposé dans le cadre de mon hospitalisation dans le service de soins de suite et de réhabilitation en pneumologie.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin.

Date :...../...../.....

Signature du patient,
ou des 2 parents, ou du tuteur légal :