

# FICHE DE CONSENTEMENT AUX SOINS



NOM

.....

PRÉNOM

.....

DATE DE NAISSANCE

.....

NOM DU MÉDECIN DE LA CLINIQUE

.....

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

- Des examens complémentaires
- Des traitements médicamenteux et soins proposés
- De l'intervention chirurgicale le cas échéant :  
.....
- De l'anesthésie le cas échéant

Dans le cas, où je ne peux 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 (types 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.

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

Je soussigné(e) ..... atteste avoir reçu une information claire concernant les bénéfices-risques liés aux actes envisagés.

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

Signature du patient :