

# FICHE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE SOINS



NOM

.....

PRÉNOM

.....

DATE DE NAISSANCE

.....

NOM DU MÉDECIN DE LA CLINIQUE

.....

Je consens au projet de soin qui m'est proposé en maternité.

J'ai bien été informé(e) des bénéfices et des risques, des traitements médicamenteux et/ou soins proposés.

J'ai pris connaissance des règles spécifiques à cette prise en charge et je m'engage à les respecter.

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'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 actes envisagés.

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

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