

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Type d'intervention : (à préciser)

.....  
.....

### Consentement éclairé exécution d'un traitement médical ou d'un examen Patient majeur

Je soussigné(e) M/Mme ..... né(e) le ..... certifie que :

Nom de la personne qui exerce les droits en tant que représentant du patient incapable :.....

Le Dr ..... m'a donné des informations précises concernant mes problèmes de santé. Il m'a été expliqué, de façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à un traitement médical/à un examen\*. J'ai également été informé(e) des alternatives thérapeutiques possibles, s'ils en existent, avec leurs avantages et/ou inconvénients.

Le médecin m'a informé par un langage clair de mon droit de refuser le traitement médical/l'examen\*.

J'ai reçu des informations claires sur la nature et le but du traitement médical/de l'examen\* proposé, ainsi que les risques et complications potentiels liés à ce traitement médical/cet examen\*.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'hospitalisation, une découverte ou un élément imprévu pourraient conduire à réaliser un traitement ou des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. Dans ces conditions, j'autorise le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire, en ce compris la transfusion de sang ou de dérivés sanguins.

Je déclare enfin avoir informé loyalement le médecin de mon état de santé antérieur.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions concernant ce traitement médical/cet examen\* et le médecin y a répondu de manière complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été données. Je donne mon consentement pour que soit réalisé ce traitement médical/cet examen\* prévu dans les conditions ci-dessus.

En conclusion, je comprends le sens et les explications du document que je signe ci-dessous. Tout est parfaitement clair et j'affirme en faire mon affaire personnelle.

Je suis prêt(e) à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que ce traitement médical/cet examen\* et son suivi 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.

J'accepte que mes photos, après avoir été anonymisées, puissent être utilisées par les soignants à des fins d'éducation ou d'information des patients et/ou pour permettre un suivi de mes soins (par exemple des plaies) par les soignants.

Je marque mon accord pour qu'au besoin mes données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche clinique.

Fait à ....., le .....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

\* Biffer les notions inutiles

Document à remplir par le praticien avec le concours du patient et devant être joint dans le dossier médical  
+ copie à fournir au patient sur demande.

Centre Hospitalier de Wallonie picarde - CHwapi | Association Sans But Lucratif

Siège social : 9, avenue Delmée - 7500 Tournai | Tél. : 069/333 111 | Fax : 069/258 015 | N° entreprise : 0876.107.364

IMC  
80, ch. de Saint-Amand - 7500 Tournai  
Tél. : 069/333 111 | Fax : 069/227 705

NOTRE-DAME  
9, av. Delmée - 7500 Tournai  
Tél. : 069/333 111 | Fax : 069/258 015

UNION  
51, rue des Sports - 7500 Tournai  
Tél. : 069/333 111 | Fax : 069/331 070

Centre de Consultations de PÉRUWELZ  
11, rue de Sondeville - 7600 Péruwelz  
Tél. : 069/333 111 | Fax : 069/779 224