IDENTIFICATION DU PATIENT

Type de traitement :
Instauration d'un traitement par Hémodialyse ou Dialyse péritonéale
.....
.....

Consentement éclairé exécution d'un traitement d'épuration extra-rénale (Hémodialyse ou Dialyse Péritonéale)
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 l'évolution de ma maladie rénale. Il m'a été expliqué, de façon simple et intelligible, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à un traitement d'épuration extra-rénale. 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

J'ai reçu des informations claires sur la nature, le but du traitement médical proposé ainsi que les risques et complications potentiels liés à ce traitement de dialyse. En particulier, il m'a été précisé, en cas de traitement par hémodialyse, notamment sa durée, la fréquence des séances de dialyse et la nécessité de créer un accès vasculaire, et en cas de dialyse péritonéale, la nécessité de placer chirurgicalement un cathéter de dialyse péritonéale et la fréquence des échanges réalisés à domicile. J'ai également reçu des informations sur la greffe rénale si mon état de santé et mon âge le permettent.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions concernant ce traitement médical 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 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 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.

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.