

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**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.*

Consentement médical ou examen adulte

Référence : CHW-FE-28 Version 002

Application : 22/02/2023 Fin validité : 22/02/2027

**CHwapi ASBL**

Siège social : 9, avenue Delmée - 7500 Tournai

Tél. : 069/333 111 | [www.chwapi.be](http://www.chwapi.be)