

ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE (RFA) D'UNE LÉSION OSSEUSE

Etiquette patient

Formulaire de consentement éclairé du patient

Suite à l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, l'intervention mentionnée ci-dessus.

J'ai été informé(e) de la nature et le but de l'intervention proposée. Le médecin m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possible complications, de même que des possibles alternatives au traitement proposé.

Date _____ Patient (signature) _____

*La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement.

Représentant légal ou thérapeutique* _____

Nom, prénom (majuscule): _____

Je, soussigné, Dr _____ (nom prénom, majuscule), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention ci-dessus. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué. Dans le cas où je ne serais pas présent lors de la signature de ce formulaire par le patient, je comprends qu'il n'a qu'une valeur de documentation, bien que le processus du consentement éclairé ait pris place. Je reste responsable de l'information au patient ainsi que d'obtenir son consentement éclairé.

Date _____ Médecin (signature) _____

Matériel d'information reçu

Entretien d'information

Brochure / feuille d'information (titre) _____

Ce document doit faire partie du dossier du patient. Une copie est à remettre au patient.

**HIRSLANDEN LAUSANNE
CLINIQUE BOIS-CERF**
INSTITUT DE RADIOLOGIE
AVENUE D'OUCHY 31
CH-1006 LAUSANNE
T +41 21 619 67 70
F +41 21 619 67 72
RADIOLOGIE.BOISCERF@HIRSLANDEN.CH

**HIRSLANDEN LAUSANNE
CLINIQUE CECIL**
INSTITUT DE RADIOLOGIE
AVENUE MARC-DUFOUR 4
CH-1007 LAUSANNE
T +41 21 310 50 03
F +41 21 310 57 75
RADIOLOGIE.CECIL@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE