



Je soussigné....., né(e) le ..... atteste avoir été reçu(e) par le Dr ..... au Centre Hospitalier de Valenciennes le .....

Si représentant légal :

Je soussigné....., représentant légal de .....né(e) le ....., atteste avoir été reçu par le Dr..... au Centre Hospitalier de Valenciennes le .....

Lors de cette consultation, ce dernier m'a informé sur :

- mon (son) état de santé (ma (sa) pathologie, son évolution prévisible),
- les actes et traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques),
- les risques liés à ces différents actes et traitements (risques fréquents et risques graves)

Date et type d'intervention : .....

Le Dr..... m'a également informé des avantages et inconvénients des soins, actes ou traitements proposés afin de me recommander le choix de la thérapie la mieux adaptée à mon (son) cas.

J'atteste par le présent avoir compris l'ensemble des informations qui ont été communiquées et reconnais(sons) avoir posé toutes questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Information personnalisée à compléter par le chirurgien (schéma, fiche information ou autre) :

Je m'estime désormais suffisamment éclairé pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte les soins préconisés.

En foi de quoi je signe ce document pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à..... Le.....

Signature du patient ou du représentant légal :

Nota : ce document est à ramener au plus tard le jour de l'hospitalisation, vous avez la possibilité de recontacter le médecin si nécessaire.