

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ¹

☐ Je soussigné(e) ☐ Nous soussignés

Nom (naissance/usuel).....Prénomné(e) le / /

Nom (naissance/usuel).....Prénomné(e) le / /

☐ Agissant pour moi-même

☐ En qualité de représentant légal du mineur :

Nom (naissance/usuel).....Prénomné(e) le / /

☐ En qualité de représentant légal du majeur protégé : (si celui-ci a la mission d'assistance et de représentation de la personne protégée)

Nom (naissance/usuel).....Prénomné(e) le / /

Je (nous) reconnais (sons) avoir reçu une information orale individualisée dans le cadre d'un entretien individuel en date du / / avec le Docteur / Professeur exerçant dans le service de à l'hôpital

Cette information a notamment porté sur la nature et les objectifs des examens diagnostiques et des actes thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux qui seront pratiqués, sur l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi que sur les risques et complications éventuelles pouvant survenir au cours de l'acte lui-même, mais également dans les suites immédiates ou à termes. Par ailleurs cette information :

- ☐ a été complétée d'un document écrit et individualisé qui m'a été remis
- ☐ n'a pas été complétée de la remise d'un document écrit

Concernant la prise en charge d'un mineur ou majeur protégé, je (nous) reconnais (sons) que (nom prénom du mineur/majeur).....que je (nous) représente (ons) a également reçu une information orale individualisée adaptée à son âge ou à son niveau de compréhension.¹

J'ai (nous avons) été informé(e) (s) que le médecin reste à ma (notre) disposition ou à la disposition de mes (nos) proches ou de tout médecin de mon (notre) choix, sur rendez auprès de la cadre de santé N°..... ou du secrétariat N°..... pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de l'ensemble de ces informations et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai (nous avons) donc pu, en toute connaissance, donner mon (notre) consentement éclairé à la réalisation de ces actes prévus :

- ☐ Au cours d'une hospitalisation programmée le : / /
- ☐ Réalisés en soins externes sans hospitalisation le : / /
- ☐ Au cours de séances répétées nécessaires pour un même acte thérapeutique

Observations particulières

Fait à Lyon le

Signature du patient ou de son /ses représentant/s légal/légaux²

Signature du praticien

¹ Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision

² Concernant les mineurs lorsqu'il s'agit d'actes médicaux non usuels, il faut les consentements des deux représentants légaux. Si une opération chirurgicale est par ailleurs programmée, une autorisation d'opérer devra être signée par les deux représentants légaux également.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées dans votre dossier médical par les HCL. Elles sont destinées à l'équipe soignante qui vous prend en charge, afin de recueillir votre consentement aux soins. Les HCL s'engagent à ne pas transférer les données. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez accéder aux données, les faire rectifier, ou en demander la limitation, en contactant le service médical où vous avez été pris en charge. En cas de difficulté vous pouvez aussi vous adresser au délégué à la protection des données : dpo@chu-lyon.fr. Elles sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées.