Etiquette patient

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____/ _____/ _____

Agissant en qualité de :

☐ Patient(e)
☐ Représentant légal : ☐ parents ☐ Tuteur

De _____, né(e) le _____/ _____/ _____ reconnais

avoir reçu le _____/ _____/ _____ de la part du Docteur _____

pour *(à remplir par le médecin) :*

☐ Consultation _____

☐ Acte médical _____

☐ Prélèvement/biopsie _____

☐ Traitement médical ou autre _____

☐ Examen _____

☐ Bilan _____

☐ Hospitalisation _____

☐ Autre (enquête, recueil de données..) _____

Toutes les informations souhaitées sur mon état de santé, le déroulement des examens, les traitements possibles, les risques et els complications éventuelles, les bénéfices attendus ainsi que les alternatives thérapeutiques possibles.

☐ *Je reconnais avoir pris connaissance des risques liés au corona virus ainsi que les mesures mises en place face à ce risque.*

☐ Je reconnais avoir reçu une information loyale, intelligible et donne mon consentement libre et éclairé pour la réalisation des consultations, actes et soins.

Signature du Patient	Signature du Tuteur	Signature des parents (pour les patients mineurs)	
		Parent 1	Parent 2
		Nom : Prénom : Né(e) le : ____/ ____/ _____	Nom : Prénom : Né(e) le : ____/ ____/ _____

Fait le _____/ _____/ _____

Ce document doit être obligatoirement signé par les deux titulaires de l'autorité parentale. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter le justificatif (livret de famille/attestation de