SOCIETE TUNISIENNE DI GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
الجمعية التونسية لطب أمراض النساء و التوليد

Consentement pour la Réalisation d'un Acte Médical

ORDRE DES MÉDECINS DE TUNISIE

Je soussigné(e) ……, né(e) le I___I___II___I___II___I___I, demeurant …… titulaire de la carte d'identité nationale N° I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I délivrée le I___I___II___I___II___I___I à …… , atteste avoir été reçu(e) le I___I___II___I___II___I___I par le Dr. …… …… exerçant au service de …… à l'hôpital, à la clinique, au centre …… (ci-après désigné par le Docteur),

Lors de cette consultation ou entrevue, le Docteur m'a informé sur mon état de santé et sur son évolution prévisible. Il m'a aussi informé sur les actes médicaux, les interventions chirurgicales et les traitements à envisager ainsi que sur les risques fréquents et sur les risques graves liés à ces actes d'explorations ou de traitements. Le Docteur m'a explicité les risques liés à ma maladie et à mon état de santé.

Le Docteur a également évalué le rapport bénéfice-risque relatif à mon état de santé et m'a proposé l'alternative thérapeutique qu'il considère la plus adaptée à ma situation et il s'est engagé à me prodiguer des soins de qualité.

Je reconnais avoir compris l'ensemble des informations qui m'ont été données et atteste avoir posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le Docteur m'a également remis une documentation intitulée …… …… en me recommandant de bien la lire et l'assimiler.

Je donne par la présente mon consentement libre pour que soit réalisé l'acte médical qui m'a été proposé et qui consiste en ……

Remarques

……
……
……
……
……

Fait à …… le I___I___II___I___II___I___I

[*Signature*]