



Baron Lambert (B.L.)

Rue Baron Lambert 38 Baron Lambertstraat
Bruxelles 1040 Brussel
☎: 02 739 84 11 - Fax: 02 735 76 34

Joseph Bracops (J.B.)

Rue Docteur Huet 79 Dokter Huetstraat
Bruxelles 1070 Brussel
☎: 02 556 12 12 - Fax: 02 556 14 09

Etterbeek Ixelles/Etterbeek Elsene (E.I.)

Rue J. Paquot 63 J. Paquotstraat
Bruxelles 1050 Brussel
☎: 02 641 41 11 - Fax: 02 641 42 70

Molière Longchamp (M.L.)

Rue Marconi 142 Marconistraat
Bruxelles 1190 Brussel
☎: 02 348 51 11 - Fax: 02 348 51 45

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Document à remplir par le praticien avec le concours du patient et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande)

Je soussigné (e), Madame/Monsieurné(e) le/...../.....
certifie avoir pu m'entretenir avec le Docteuren date du
.....

Il a été convenu que je **dois être hospitalisé(e) à partir du/..../....** aux Hôpitaux Iris Sud pour y passer un **examen endoscopique** prévu le

Il a été convenu que je **dois passer un examen endoscopique** aux Hôpitaux Iris Sud le.....

Il a été convenu que **mon enfant :.....doit passer un examen endoscopique** aux Hôpitaux Iris Sud le.....

Le médecin m'a donné des **informations précises sur mes problèmes de santé**

Il m'a expliqué, de **façon simple et intelligible**, l'évolution possible si l'on ne recourait pas à **cet examen**. Il m'a informé des autres types de traitement/examen, s'ils existent, avec leurs **avantages et leurs inconvénients**.

Il m'a clairement indiqué la **nature (technique endoscopique) et le but de l'examen qui sera pratiqué**, l'inconfort possible qu'il est susceptible d'entraîner, les **précautions** à prendre avant et après l'examen, ainsi que les **risques et complications potentiels**, non seulement dans les suites techniques mais aussi à terme.

Siège social

Rue Baron Lambert 38 – 1040 Bruxelles
☎: 02 739 87 51 - 02 739 87 48 - Fax: 02 739 87 49

Association Hospitalière d'Anderlecht, d'Etterbeek,
d'Ixelles, de Saint-Gilles - Hôpitaux Iris Sud
Association publique régie par la loi du 8 juillet 1976
Hôpital d'enseignement - Université Libre de Bruxelles



Réseau Iris structure

Maatschappelijke zetel

Baron Lambertstraat 38 – 1040 Brussel
☎: 02 739 87 51 - 02 739 87 48 - Fax: 02 739 87 49

Ziekenhuisvereniging van Anderlecht, van Etterbeek,
van Elsene, van Sint-Gillis - Iris Ziekenhuizen Zuid
Openbare vereniging geregeld door de wet van 8 juli 1976
Onderwijs Ziekenhuis - Vrije Universiteit van Brussel

- J'ai également été prévenu (e) du fait, qu'au cours de l'examen, une découverte ou un évènement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir l'examen en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.
- J'ai été clairement averti (e) d'une estimation du coût financier lié à ce type d'examen, en fonction de mes exigences personnelles.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions. Le Docteur y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'ai également été informé que je peux disposer d'un délai de réflexion et revoir le praticien en cas de questions complémentaires.
- Je déclare avoir informé loyalement le médecin sur mon état de santé antérieur.
- J'ai reçu des documents complémentaires à l'entretien oral.
- Je suis prêt(e) à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que l'examen et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible et je suis conscient(e) que, malgré les précautions et les efforts des médecins, de l'équipe de soignants et de moi-même, on ne peut me fournir une garantie absolue de succès.

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne mon consentement pour que soit réalisée l'examen prévu dans les conditions ci-dessus.

(Ce document signé est à joindre au dossier médical du patient, en cas de refus de signature par le patient, ce refus sera acté dans le dossier médical et le patient sera informé des conséquences de ce refus)

Fait à Bruxelles, le

Signature du patient

Signature du praticien