



## Consentement pour la réalisation d'un acte médical

Je soussignée ....., née le ..... / ..... / ....., demeurant  
..... titulaire de la carte d'identité nationale N°  
..... délivrée le ..... / ..... / ..... à .....,

Atteste avoir été reçue par le Dr ....., au .....,  
le ..... / ..... / .....

Lors de cette consultation, le Dr ..... m'a informée sur :

- mon état de santé et son évolution prévisible ;
- les actes, interventions et traitements qu'on peut envisager ;
- les risques fréquents et graves liés à ces différents actes, interventions et traitements ;
- les risques liés à mon état de santé.

Le Dr ..... a également procédé à une évaluation des bénéfices et des risques personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier. Il s'est engagé à me fournir les meilleurs soins possibles.

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

Le Dr ..... m'a également remis une documentation intitulée .....  
..... en me recommandant de la lire.

Je donne mon consentement libre pour que soit réalisé l'acte médical qui m'a été proposé et consistant en .....

Remarques
.....
.....
.....
.....
.....

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

[Signature]