



CONSENTEMENT ECLAIRE

Traitement des fibromes utérins par HIFU

(Ultrasons Focalises sous contrôle IRM)

J'atteste que mon médecin m'a proposé un traitement des fibromes utérins par « Ultrasons Focalises sous contrôle IRM » (HIFU),

Ou, à ma demande, j'ai souhaité être traitée par HIFU.

Cet examen sera pratiqué avec mon consentement et j'ai la liberté de l'accepter ou de le refuser à tout moment.

Le médecin m'a remis, ou adressé, une documentation expliquant le traitement par « Ultrasons Focalisés sous contrôle IRM » et récapitulant l'ensemble des risques.

Je certifie avoir lu, pris connaissance et compris l'ensemble du contenu de cette documentation. J'affirme, qu'il a été répondu à toutes les questions que j'ai pu poser.

Je soussignée.....m'estime désormais éclairée pour prendre une décision en toute connaissance de cause et autorise l'équipe du CHU de Bordeaux à pratiquer ce traitement sur ma personne.

Fait à le / /

Signature du patient

En deux exemplaires, dont un remis au patient et l'autre conservé dans le dossier.

Contact : Tél. 05 56 79 58 00 (9h – 17h)