



Formulaire de CONSENTEMENT ECLAIRE

Infiltration de KENACORT

Je soussigné(e), Mme ☐ ou M. ☐atteste que mon médecin m'a proposé un traitement par infiltration dans le service universitaire d'imagerie médicale du Pr Hervé TRILLAUD. Cet acte d'infiltration sera pratiqué par le Dr sur la zone suivante :

Ce traitement m'a été proposé par le Dr..... après avoir procédé à une évaluation « bénéfices/risques » personnalisée afin de me proposer l'alternative thérapeutique la mieux adaptée à mon cas particulier.

Je donne mon consentement à l'utilisation de ce traitement que j'ai la liberté d'accepter ou de refuser à tout moment.

Je reconnais avoir reçu, au cours de notre (nos) entretien(s) et consultation (s), tant par documentation lue « à tête reposée » qu'à l'oral, toutes informations souhaitées, intelligibles et loyales concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre.

Je certifie que la nature de l'infiltration ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués par le Dr/Pr.....en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon claire et satisfaisante à toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension que j'ai posées.

Il a attiré mon attention sur le fait que toute intervention comporte un certain pourcentage de risques que sont :

- Hématome, hémorragie.
- Infection de la zone à traiter.
- Phlébite, embolies.
- Troubles neurologiques, complications mécaniques.
- Troubles fonctionnels, transitoires ou définitifs.
- Echec, troubles cardio-respiratoires, décès.

Ce médecin m'a incité(e) à le recontacter, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions : ☐ Ce que j'ai fait ☐ Ce que je n'ai pas fait

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte le traitement préconisé.

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)