



**CONSENTEMENT EN VUE D'UN ACTE MEDICAL**

Nom du Médecin :

Pr / Dr \_\_\_\_\_

Traitement(s) prévu(s) :

\_\_\_\_\_

Votre médecin vous a proposé un (ou des) acte(s) médical(aux). Vous avez le droit de décider si vous acceptez ou non cet (ces) acte(s).

Je soussigné(e) (nom et prénom) .....  
Patient majeur capable   
Représentant légal : Père  (nom et prénom) .....  
Mère  (nom et prénom) .....  
Autre (précisez) .....  
du patient (nom et prénom) .....

Le médecin m'a expliqué clairement :

- Le diagnostic et le pronostic de la pathologie
- L'(es) acte(s) envisagé(s) et son (leurs) but(s)
- La nécessité de cet (ou ces) acte(s)
- Le bénéfice de cet (ou ces) acte(s)
- Quels étaient les risques encourus et les effets secondaires de(s) l'acte(s)
- Quelles étaient les autres possibilités thérapeutiques
- Les conséquences éventuelles de ne pas avoir cet (ou ces) acte(s).

Je déclare avoir pu poser toutes mes questions et avoir obtenu des réponses satisfaisantes et compréhensibles.

Si une question persiste, n'hésitez pas à interroger le médecin du service ou à consulter le site internet de l'Hôpital Marie Lannelongue où vous retrouverez des notes d'informations : [www.ccml.fr](http://www.ccml.fr).

J'autorise le médecin à pratiquer l'acte (ou les actes) proposé(s).

En cas d'urgence ou d'impossibilité de recevoir l'information, j'autorise le médecin à avoir recours à toutes procédures qu'il jugera nécessaires à mon état de santé. Dans des cas exceptionnels, j'autorise le médecin à avoir recours à un autre confrère spécialisé, dans le cadre de la continuité des soins ou pour avoir un avis sur mon devenir.



## HOPITAL MARIE LANNELONGUE

### **CONSENTEMENT EN VUE D'UN ACTE MEDICAL**

L'Hôpital Marie Lannelongue est l'un des sites d'enseignement des Facultés de Médecine et de Pharmacie de l'Université Paris-Sud : j'autorise donc tout étudiant en médecine, chirurgie et pharmacie à regarder et à participer à ma prise en charge médicale sous la responsabilité d'un médecin, chirurgien sénior ou pharmacien.

J'autorise, en outre, que mes données personnelles, incluant mes tissus et clichés radiographiques, soient photographiées, filmées ou enregistrées informatiquement, sous couvert d'un anonymat.

J'autorise que mes données personnelles, incluant mes tissus et clichés radiographiques, soient utilisées dans le cadre de la recherche ou d'enseignement. Vous recevrez, par voie postale, les notes d'informations relatives aux recherches pour lesquelles vos données personnelles et anonymes seront utilisées. Toutes les données utilisées seront anonymisées par des codes. Elles pourront être regroupées au sein d'un fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés, établi conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée notamment par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Vous possédez un droit d'accès et de rectification à ces données à tout moment, conformément à l'article 40 de la loi 78-17. Vous êtes libre à tout moment de demander que soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel.

Il suffit, pour cela, d'en effectuer la demande (directement ou indirectement par l'intermédiaire du médecin de votre choix), par courrier, auprès du Pr Mercier Olaf, Unité de Recherche & d'Innovation, Hôpital Marie Lannelongue, 133 avenue de la Résistance, 92350 Le Plessis Robinson, 01.40.94.86.95.

**Si vous êtes d'accord avec l'acte (ou les actes) proposé(s), veuillez cocher les cases, compléter et signer ce document.**

**Vous pouvez à tout moment renoncer à ce(s) traitement(s) même après signature de ce document, il vous suffit pour cela de faire connaître votre décision directement à votre médecin référent du service, ou en passant par l'intermédiaire de votre médecin traitant.**

Date .....	
Nom du patient .....	Signature du patient .....
Ou noms et qualités des représentants légaux .....	Signatures des représentants légaux .....
.....	.....
.....	.....

#### A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Date .....	
Nom du médecin .....	Signature du médecin .....
<input type="checkbox"/> Je déclare avoir donné au patient une information orale, loyale et personnalisée ainsi que la (ou les) note(s) d'information(s) écrite(s) relative(s) au(x) acte(s) proposé(s).	

Nom de l'interprète le cas échéant .....
--

**Ce consentement est à réaliser en 2 exemplaires, un exemplaire doit être conservé dans le dossier médical du patient et le deuxième remis au patient donnant son consentement.**