

Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

Attestation de l'information reçue par le patient

Je soussigné (e) né(e) le / /
domicilié(e)
agissant pour moi-même ou en qualité de
pour né(e) le / /

Atteste avoir eu le / / un entretien avec le Docteur
exerçant dans le Service de à l'Hôpital
pour être informé(e) de mon état de santé actuel
ou sur l'état de santé actuel de

et sur le motifs ayant conduit l'équipe médicale de ce service à prescrire les examens diagnostiques et les actes thérapeutiques nécessaires.

Au cours de cet entretien :

- J'ai refusé la communication de toute information
- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée à mon état
ou à l'état de
sur la nature, les objectifs et les risques des examens diagnostiques et/ou des actes thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux qui seront pratiqués.
- Le Docteur m'a remis à cet effet une notice récapitulant les principales caractéristiques de ces actes.

J'ai pu poser au Docteur toutes les questions que je jugeais nécessaires et j'estime avoir reçu des réponses suffisantes.

A la suite de cet entretien, j'ai donné mon consentement à la réalisation des actes prévus :

- au cours d'une hospitalisation prévue le / /
- en soins externes sans hospitalisation le / /
- au cours de séances répétées nécessaires pour un même acte thérapeutique.

Observations particulières

Signature du Patient
ou de son représentant

Fait à Marseille, le / /

Signature du Médecin