



Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e),

..... (Nom, prénom), né(e) le : / /

Certifie qu'il a été convenu que :

Je sois

Mon enfant (Nom, prénom) soit admis(e) au cabinet du Dr Gerkens,

le / /, pour une :

Examen

Gastroskopie

Coloscopie

Type de calmant

Sous sédation

Sous anesthésie générale

Sans calmant

Je confirme avoir lu, sur le site www.arianegerkens.com, et marque mon accord pour :

les **modalités de prestations, agenda, honoraires,**

l'information et la préparation de l'examen, ainsi que le choix du calmant.

Je déclare avoir informé le Dr Gerkens de **mon** état de santé de celui de **mon enfant**
en renvoyant le **Questionnaire Médical** complété dès la prise du rendez-vous (max. 7 jours avant).

J'ai été informé(e) de la nature et du but de l'acte technique, de l'inconfort possible qu'il est susceptible d'entraîner, des précautions à prendre, des examens pré- et post-endoscopiques éventuellement nécessaires à effectuer, ainsi que de ses risques et complications potentiels, non seulement dans les suites immédiates, mais aussi à moyen terme.

J'ai été informé(e) de l'évolution possible si on ne recourait pas à cet acte technique, ainsi que des autres types de bilans ou traitements, s'ils existent, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

J'ai été prévenu(e) du fait que la découverte d'un polype d'exérèse à risque, de par ses dimensions, sa forme ou sa localisation, imposera une résection en milieu hospitalier.

Au vu de tout ce qui a été exposé ci-dessus, je donne :

Mon consentement

L'autorisation pour **mon enfant**

pour que l'acte technique prévu soit réalisé dans les conditions ci-dessus.

Fait à, le / /

.....

Signature du/de la patient(e) ou du tuteur légal