

Etiquette patient	<input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/> personne mandatée
-------------------	---

Je confirme que le Dr....., en fonction de mon problème de santé, m'a informé des raisons de mon hospitalisation pour un traitement, un examen, une anesthésie ou une intervention chirurgicale.

Il/Elle m'a expliqué de façon précise le but, les bénéfices, les inconvénients, les complications possibles, le suivi et les précautions à prendre pour cette prise en charge.

Il/Elle m'a informé des alternatives au traitement proposé et de leurs risques. J'ai aussi été prévenu(e) des conséquences en cas de refus de la prise en charge proposée.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et d'expliquer mes craintes, mes besoins.

Je suis conscient(e) que malgré tout ce qui m'a été dit, des situations imprévisibles peuvent survenir et influencer le résultat attendu. Celui-ci ne peut m'être garanti totalement.

**J'autorise** donc les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge sécuritaire.

**J'autorise** les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge sécuritaire **à l'exception de** :.....

**Je n'autorise pas** les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge sécuritaire.

Fait à : ....., le.....

Signature du patient ou de son représentant :