

 CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE ASBL GOSSELIES	Consentement éclairé		
	DMED-FORM-001	21/04/2020	003

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.

A l'exception de :

.....

Fait à :, le.....

Nom et Prénom :

Signature :

Etiquette patient	Je suis : (Cocher) <input type="checkbox"/> Le patient <input type="checkbox"/> Le représentant légal* <input type="checkbox"/> Le mandataire* <input type="checkbox"/> L'administrateur*
-------------------	--

* **Représentant Légal** : En cas d'incapacité du patient, c'est la personne qui, sur base légale, exerce les droits du patient au nom de ce dernier. **Mandataire** : Toute personne que le patient majeur a désignée, via un mandat écrit obligatoire, lorsqu'il était encore capable d'exercer ses droits. En cas d'incapacité, et aussi longtemps que le patient n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même, c'est la personne qui sera légalement autorisée à prendre toute décision de santé, au nom du patient et dans son intérêt. **Administrateur** : la personne qui représente le patient s'il est « protégé dans l'exercice de ses droits », après autorisation du juge de paix, si le patient n'avait pas désigné par écrit de mandataire.

ADM 2039 – Ed. 01/2020

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET D'UN MANDATAIRE
(LOI 2002 DROITS DES PATIENTS)

PERSONNE DE CONFIANCE

Je désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, **s'informer sur mon état de santé et son évolution probable pour la durée de mon hospitalisation.** *

Identité de la personne de confiance

Nom et prénom
Numéro de tél. :
Lien avec le patient :
Date de naissance :

MANDATAIRE

Je désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient. **

Identité du mandataire*

Nom et prénom
Numéro de tél. :
Lien avec le patient :
Date de naissance :

Etiquette patient ou Nom, Prénom et Date de naissance du patient	Fait à :, Le / / Signature :
--	---

* Loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient définit la personne de confiance : « *Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations liées à son état de santé par l'entremise de celle-ci.* »

** si aucun mandataire n'est désigné, ce sera le Représentant Légal qui exerce les droits du patient au nom de ce dernier sur base légale (ex : époux(se), parents, etc.)