

**Votre consentement**

Par votre signature sur le présent document, vous confirmez qu’avant de subir une

**gastroscopie / coloscopie / bronchoscopie / CPRE**

(barrer les mentions inutiles)

vous avez reçu toutes les informations nécessaires par écrit, et éventuellement oralement, en posant des questions complémentaires à votre médecin traitant.

En signant ce formulaire, vous déclarez avoir été informé, par écrit et oralement, des différentes aspects de l’examen et des complications éventuelles qu’il peut entraîner.

Vous donnez en outre votre accord pour que cet examen soit effectué.

Nom du patient :

Date :

Signature du patient :

Veuillez dater et signer ce formulaire et le remettre à l’équipe soignante du service des examens médicaux. Il sera conservé dans votre dossier médical.