

Consentement éclairé du patient d'oncologie/hématologie

E335/FRMU/DPAT/089-V1-29.03.2024

Je soussigné(e), patient :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Reconnait avoir été informé(e) par mon médecin oncologue/hématologue

Nom de l'oncologue/hématologue :

des bénéfices et risques (effets secondaires éventuels) liés au traitement de chimiothérapie/hématologie (protocole) qui m'est prescrit.

Ce traitement est lié à ma pathologie et j'ai bien compris ses modalités de réalisation : fréquence des séances de chimiothérapie/hématologie, durée, intervalle entre les cures et mon PPS m'a été remis.

L'oncologue validera chaque cure en fonction de votre tolérance et des résultats biologiques des analyses.

Je suis libre d'accepter ou de refuser cette prise en charge.

A tout moment, je pourrais demander des renseignements complémentaires aux professionnels de santé vous prenant en charge.

Je suis également informé(e) que des précisions complémentaires pourront m'être apportées lors de la consultation infirmière, préalable à mon traitement.

Date et signature du patient :