

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Consentement général
2. Consentement photographies
3. Consentement à une intervention chirurgicale
4. Consentement à un prélèvement sanguin suite à une exposition accidentelle
5. Consentement à l'anesthésie

1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir à l'admission)

Nom de l'établissement : Clinique de chirurgie plastique et esthétique de la Grande Allée

J'autorise les médecins et les membres du personnel traitant à me dispenser les soins ou services nécessaires. J'autorise également les pharmaciens du secteur privé ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permet à l'équipe traitante de l'établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins et les membres du personnel traitant à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus à l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou, à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuits. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

Date : Année mois jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

2- CONSENTEMENT PHOTOGRAPHIES

J'autorise le docteur Isabelle C. Gagnon à faire les photographies médicales pré et post opératoires et lui accorde la permission de les utiliser à des fins éducatives.

Date : Année mois jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

3- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

J'autorise le docteur Isabelle C. Gagnon à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après : _____

Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus. J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement. J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date : Année mois jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date : Année mois jour	Contresignataire : médecin responsable de l'intervention	Témoin à la signature

4- CONSENTEMENT À UN PRÉLÈVEMENT SANGUIN SUITE À UNE EXPOSITION ACCIDENTELLE

Si, lors d'intervention, d'examen, de traitement, de procédure, de chirurgie ou autre, un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé entre accidentellement en contact avec mon sang ou autres liquides organiques et qu'il est impossible d'obtenir un consentement en temps utile, je _____ autorise qu'un prélèvement sanguin soit effectué sur ma personne à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC). Si la situation se présente, l'établissement veillera à m'en aviser, ou mon représentant le cas échéant, dès que possible.

Date : Année mois jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoïn à la signature
-------------------------------------	---	-----------------------

VERSO →

5- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de _____ **MA CHIRURGIE** _____

me soit administrée une anesthésie générale ou _____

par l'anesthésiste _____ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.
Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Date : Année mois jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoïn à la signature
Date : Année mois jour	Contresignataire : médecin responsable de l'intervention	Témoïn à la signature

Par leurs signatures, les signataires et les contresignataires manquent leur engagement solidaire avec le contenu du document

Jb/2020-02-10