FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Québec
Santé Québec

DT9059

1. Consentement général
2. Consentement à une intervention chirurgicale
3. Consentement à une intervention chirurgicale stérilisante
4. Consentement à l'anesthésie
5A, 5B. Consentement à des examens ou traitements particuliers
6A, 6B. Refus de subir un examen ou un traitement particulier
7. Départ sans congé

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL *(à remplir lors de l'admission ou de l'inscription)*

Nom de l'établissement _____

J'autorise les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à me dispenser les soins ou services nécessaires. J'autorise également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires 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 permettra à l'équipe traitante dudit établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins, les dentistes 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	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

2- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

J'autorise le docteur _____ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après. _____
Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé 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'avèrerait 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	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

3- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE

J'autorise le docteur _____ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-après. _____
Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.
Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par

le docteur _____ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile. Toutefois, j'ai été informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée.
Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilisation permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant.
J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrerait 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	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

***** ***Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document.***

Nom de l'usager	Nº de dossier

4- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de _____

_____ ,

me soit administrée une anesthésie générale ou _____

par le docteur _____ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

5- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS

J'autorise le docteur _____ à me faire subir l'examen ou le traitement suivant :

_____

Description de l'examen ou du traitement

Le nombre de traitements de SISMOTHÉRAPIE autorisé, le cas échéant, est de _____ à _____ .

Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

6- 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	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

7- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant : _____

_____

Description de l'examen ou du traitement

Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par : _____

Nom du médecin ou du dentiste responsable

Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

8- DÉPART SANS CONGÉ

Je déclare quitter cet établissement de ma propre initiative, sur ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'établissement, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

***** ***Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document.***