

CONSENTEMENT ECLAIRE COVID 19

- Je soussigné(e) certifie avoir reçu le de la part du Dr une information spécifique concernant les problèmes posés par le coronavirus COVID 19.
- J'ai ainsi compris et constaté que toutes les précautions et dispositions de sécurité avaient été prises, tant au cabinet que dans l'établissement hospitalier, pour les périodes précédant, concernant et suivant l'acte envisagé.
- Le médecin m'a bien exposé et expliqué les recommandations et les mesures de prévention qui sont instaurées pour assurer la sécurité de cet acte. Je m'engage à m'y conformer.
- Néanmoins, compte tenu de l'imprévisibilité et des aléas liés à cette pandémie, je suis conscient(e) qu'une contamination est toujours possible, chez moi, lors de la consultation ou au bloc opératoire.
- Je m'engage à observer scrupuleusement la distanciation physique et les gestes barrières dans les suites de l'acte envisagé. Je m'engage aussi à signaler tout symptôme (fièvre, toux, anosmie, agueusie, difficulté respiratoire, trouble digestif...) en cas de survenue avant ou après l'acte.
- Il a été répondu à toutes les questions que j'ai posées.

A Le

Lu, compris et approuvé

Signature Patient :