

CONSENTEMENT ECLAIRE



Je soussigné(e), Mr/Mme/Melle né(e) le certifie que lors de l'entretien avec le **Docteur Tom DARIUS** le, il a été convenu que je pouvais bénéficier d'une transplantation.

J'ai été informé(e) de manière précise par le **Docteur Tom DARIUS** au sujet de mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon compréhensible les raisons de recourir à une transplantation et les risques d'une abstention. Il m'a aussi informé(e) des autres possibilités de diagnostic et/ou de traitement, avec leurs bénéfices et/ou leurs inconvénients éventuels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but des examens et/ou de l'intervention qui sera(ont) pratiqué(e)(s), l'inconfort possible qui peut en résulter, ainsi que les risques et complications potentiels qui peuvent survenir, non seulement en ce qui concerne les suites immédiates mais également à plus long terme. J'ai d'ailleurs reçu un livret explicatif non seulement à ce sujet mais expliquant également les risques liés au donneur.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'examen et/ou de l'intervention, une constatation ou un événement imprévu pourrait conduire le médecin à réaliser des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte complémentaire qu'il jugerait nécessaire dans l'intérêt de ma santé et qui seraient en relation directe avec l'opération en cours. Dans cette optique également, il est entendu que toutes les données médicales me concernant seront utilisées et conservées électroniquement à des fins cliniques et scientifiques mais dans le plus strict respect du cadre de la loi concernant la protection de la vie privée.

En outre, j'affirme avoir été clairement averti(e) d'une estimation du coût financier (montant de la contribution personnelle) lié à ce type de traitement et/ou d'examen.

Je marque aussi mon accord pour un prélèvement sanguin pour analyse génétique qui a pour objectif une adaptation des traitements immunosuppresseurs.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le **Docteur Tom DARIUS** a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisé(e)(s) l'examen et/ou l'intervention prévu(e)(s) dans les conditions décrites ci-dessus.

Fait à **Bruxelles**, en double exemplaire, le

Signature : (Prestataire de Soins)
Docteur Tom DARIUS

Signature : (Patient)

(Ce document doit impérativement nous être renvoyé signé ou déposé dans les plus brefs délais)