



Formulaire de consentement du patient

Conformément à la législation, ce dépistage nécessite votre consentement qui doit être "libre et éclairé" (Cela signifie qu'il ne doit pas être obtenu sous la contrainte), après avoir reçu préalablement de l'Infirmière ou du professionnel de santé qui vous reçoit, une information claire, complète, compréhensible et appropriée sur le Test Antigénique qui va être pratiqué . Ce consentement doit se faire par écrit, nous vous demandons donc de nous le faire connaître par le formulaire ci-dessous.

.....

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

NOMPrénom

Né le n° de Portable.....

Reconnais l'exactitude des informations ci-dessus, et reconnais avoir été informé(é) de la nécessité de réaliser ce test antigénique. Je donne donc mon consentement à ce dépistage.

Fait àLe

SIGNATURE PATIENT

--