

## CONSENTEMENT

Je soussigné(e) NOM : .....

Prénom : .....

reconnais avoir été correctement informé(e) et accepte les  
soins et l'intervention chirurgicale qui m'ont été proposés par  
le Dr .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature

Ce document est à remettre, après l'avoir complété, daté et signé, à l'infirmière  
du service le jour de votre entrée