

Dr. Steve Fremeth
102-1500 Bank St
Ottawa, ON K1H 7Z2

Tel: 613-739-1616
Fax: 613-739-7479

CONSENTMENT AU TRAITEMENT

Date: _____

Professionel(le) de la santé: _____

PLAN THÉRAPEUTIQUE: Explications fournies par un membre de la profession médicale sure:

A. Le diagnostic:

B. Le plan thérapeutique recommandé:

C. Le(s) traitement(s) de rechange déterminé(s):

D. Les risques et avantages pratiques du traitement ou d'un traitement de rechange et/ou d'un refus:

CAPACITÉ À DONNER LE CONSENTEMENT

[Remarque: On présume qu'il y a capacité à moins qu'il n'y ait une raison de croire le contraire]

A. Patient(e): Capable (montre qu'il ou elle comprend le trouble médical, la nature du traitement proposé et les conséquences)

Raison de l'incapacité:

âge (n'est pas le seul facteur concluant)

incapable d'apprécier raisonnablement les conséquences du refus du traitement

autres: _____

B. Décideur ou décideuse au nom d'autrui (DNA)*(en cas d'incapacité du patient ou de la patiente):

Nom: _____

Lien avec le (la) patient(e): _____

Capable

Incapable (même évaluation que ci-dessus)

Dr. Steve Fremeth
102-1500 Bank St
Ottawa, ON K1H 7Z2

Tel: 613-739-1616
Fax: 613-739-7479

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

J'autorise par la présente le Dr. _____ ("le médecin") et tout autre médecin et tout autre assistant qu'il ou elle choisit ou approuve, à mettre en oeuvre, à exécuter ou à aider à exécuter le traitement suivant:

Possibilité de radiographies, nettoyage, fluorure, restaurations, endodontic, couronnes en acier inoxydable, extractions

sur _____ (inscrire *moi* ou le nom du patient ou de la patiente) au Centre Surgi.

Le médecin m'a expliqué, et je comprends, la nature de ce traitement, de l'opération ou de l'acte, le risque qui y est lié, ses effets probables et ses bienfaits possibles.

J'autorise le médecin à employer les méthodes qu'il ou elle considère nécessaires ou souhaitables en plus, ou différentes, du traitement, de l'opération ou de l'acte envisagé à l'origine, au cas où un trouble quelconque est découvert pendant le traitement, l'opération ou l'acte, qui n'était pas apparent avant et où on ne peut raisonnablement pas solliciter mon consentement.

J'accepte que l'on m'administre une anesthésie et qu'on utilise les anesthésiques jugés souhaitables.

Je comprends que je peux revenir sur mon consentement en n'importe quel temps, quoi qu'il faille terminer un acte déjà commencé afin de me protéger de conséquences graves ou de me sauver la vie.

Date: _____

(Signature du patient ou de la patiente)

(Témoin) _____
(Décideur ou décideuse au nom d'autrui)

(Lien avec le patient ou la patiente)