

CONSENTEMENT POUR ECHOGRAPHIE DE STRESS

Les documents publiés par la Société Française de Cardiologie et la Fédération Française de Cardiologie constituent une notice explicative des risques et bénéfices de la réalisation d'une échographie de stress que vous devez subir.

Ils ne constituent pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale qui vous prend en charge et qui vous a commenté ces informations générales en les rapportant à votre situation particulière.

Je reconnais que la nature de l'examen d'échographie de stress que ses risques et avantages m'ont été expliqués en des termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Déclaration de consentement ou de refus

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) et donne par la présente mon consentement à la pratique de l'échographie de stress.
- Je refuse l'examen bien que j'aie été informé(e) des conséquences possibles de mon refus.

Fait à Bayonne Le

Identification du médecin :

Nom et prénom du patient :

Signature du patient :