

## Consentement au traitement

### Section A : À être remplie par le professionnel de la santé qui propose le traitement.

Je, \_\_\_\_\_, ou je, \_\_\_\_\_,  
nom du patient (en lettres moulées) nom du mandataire spécial (en lettres moulées)

au nom de mon/ma \_\_\_\_\_,  
lien avec le patient nom du patient (en lettres moulées)

consens au traitement suivant : (S'il y a lieu, inclure la terminologie médicale ainsi que les termes courants et indiquer s'il s'agit du côté droit ou gauche.) \_\_\_\_\_

qui a été prescrit ou qui sera fourni par : \_\_\_\_\_  
nom du professionnel de la santé qui propose le traitement

La nature du traitement, les bienfaits prévus, les risques importants, les effets secondaires importants, les autres possibilités de traitement et les conséquences probables du refus du traitement m'ont été expliqués par : \_\_\_\_\_  
nom du professionnel de la santé qui propose le traitement

1. Je confirme avoir compris les explications qu'on m'a fournies et j'en suis satisfait. Je confirme également qu'on a répondu à mes demandes de renseignements supplémentaires.
2. Je consens à la réalisation de toute intervention préliminaire et connexe, à l'administration d'une anesthésie générale ou d'une autre forme d'anesthésie et à la réalisation de toute intervention supplémentaire ou de rechange qu'on pourrait juger médicalement nécessaire au cours des interventions susmentionnées.
3. J'accepte que d'autres professionnels de la santé participent à la prestation du traitement sous la direction ou la supervision du professionnel de la santé qui propose le traitement, et à sa discrétion.
4. Il est entendu qu'on pourrait prendre des photographies ou faire des enregistrements vidéo ou sonores à des fins liées au traitement. Dans un tel cas, ces photographies et enregistrements seront conservés dans mon dossier de santé au Centre régional de santé de North Bay.

**J'ai lu les renseignements fournis sur formulaire de consentement au traitement ci-dessus ou quelqu'un me les a lus et expliqués et je les comprends et les accepte.**

Date: \_\_\_\_\_

Signature du patient  
ou du mandataire  
spécial : \_\_\_\_\_

Nom du patient ou du  
mandataire spécial en  
lettres moulées et lien  
avec le patient : \_\_\_\_\_

Signature du  
témoin : \_\_\_\_\_  
Signature du 2<sup>e</sup> témoin  
(Voir le point n<sup>o</sup> 8 des  
instructions au verso.)  
: \_\_\_\_\_

Nom du témoin en lettres  
moulées : \_\_\_\_\_

Nom du 2<sup>e</sup> témoin en  
lettres moulées : \_\_\_\_\_

**Le consentement ou refus concernant la transfusion de sang ou de produits sanguins est au verso.**

## **Section B : Consentement ou refus concernant la transfusion de sang ou de produits sanguins**

**À être remplie par le patient ou son mandataire spécial dans les cas où une transfusion de sang ou de produits sanguins est prévue ou possible.**

1. On m'a avisé et je comprends que, dans le cadre du traitement, je pourrais/le patient pourrait recevoir une transfusion de sang, d'une composante du sang ou d'un produit fabriqué à partir du sang.
2. Je comprends ce qu'est une transfusion de sang et on m'a expliqué les bienfaits prévus, les risques et effets secondaires importants d'une telle transfusion, les autres possibilités de traitement et les conséquences possibles du refus de recevoir une transfusion de sang. J'ai eu l'occasion de poser des questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je comprends les renseignements qu'on m'a fournis.
3. J'accepte de dégager les professionnels de la santé, le CRSNB et ses employés de toute responsabilité relativement à l'omission d'administrer ou de continuer d'administrer du sang ou des produits sanguins.

Je, \_\_\_\_\_, **consens à la transfusion de sang ou de produits sanguins, au besoin.**  
nom du patient ou du mandataire spécial (en lettres moulées)

Signature du patient ou du mandataire spécial : \_\_\_\_\_  
Nom du patient ou du mandataire spécial  
en lettres moulées : \_\_\_\_\_  
Signature du témoin : \_\_\_\_\_  
Nom du témoin en lettres moulées : \_\_\_\_\_

### **Instructions pour remplir le formulaire**

1. Il incombe au professionnel de la santé qui propose le traitement d'obtenir un consentement éclairé et de déterminer la capacité du patient à fournir un tel consentement.
2. En Ontario, il n'y a pas de restrictions quant à l'âge qu'une personne doit avoir pour donner son consentement.
3. Le patient (ou son mandataire spécial) doit signer le formulaire en présence d'un témoin. En signant le formulaire, le témoin confirme que la personne qui a signé le document est vraiment la personne qu'elle prétend être et qu'elle a signé le document de façon volontaire.
4. Dans les cas où la personne qui est témoin du consentement est un membre d'une profession de la santé réglementée, elle doit vérifier auprès du patient qu'un consentement éclairé a été donné. (Autrement dit, elle doit s'assurer que le patient a discuté du sujet à sa satisfaction avec le professionnel de la santé qui propose le traitement. Si le patient a d'autres questions ou veut apporter des changements au formulaire de consentement, il doit de nouveau être adressé au médecin pour qu'il lui fournisse d'autres éclaircissements ou explications.)
5. Le patient ou le mandataire spécial qui signe au nom du patient doit signer le consentement seulement après qu'un consentement éclairé a été obtenu.
6. Si le patient est jugé incapable à l'égard du traitement, son mandataire spécial a droit aux renseignements dont le patient aurait besoin pour prendre une décision et consentira au traitement, ou le refusera, au nom du patient.
7. Le nom du témoin doit être écrit lisiblement en lettres moulées à côté de la signature de ce dernier.
8. La signature d'un deuxième témoin est nécessaire si le patient est analphabète ou aveugle, s'il a besoin d'un interprète, s'il signe au moyen d'une croix ou si le consentement est obtenu par téléphone.