



D^r JAIMES S. BENHAMRON, M.D., C.S.P.Q., FR.C.P.(c)
GASTROENTÉROLOGIE

Formule de consentement

Consentement à une intervention endoscopique

J'autorise le D^r Jaimes S. Benhamron à pratiquer une _____

Je reconnais avoir été informé(e) de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.

J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire à la suite de cette intervention pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.

J'autorise également la clinique du D^r Jaimes S. Benhamron à disposer des tissus prélevés.

Date	Signature usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date	Signature du médecin responsable de l'intervention	Témoin à la signature

Consentement à une sédation

Je consens à ce que, à l'occasion de _____

me soit administrée une sédation profonde par le D^r Jaimes S. Benhamron.

Je reconnais avoir été informé(e) de la nature et des risques ou effets possibles de cette sédation.

Date	Signature usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date	Signature du médecin responsable de l'intervention	Témoin à la signature