

Consentement au traitement par Radiothérapie

Je soussignée :

Nom

Prénom

sexe :

Date de naissance

CIN : délivrée le/...../..... à

Certifie qu'au cours de la consultation du Dr
à la date du, il a été convenu que je bénéficierai d'un
traitement par radiothérapie au CHU/Centre.....

Dr m'a donné des informations claires sur mon état de santé et
l'évolution possible de la maladie si on n'a pas recours au traitement et aussi en
cas de traitement par radiothérapie.

Il m'a indiqué les modalités et objectifs du traitement ainsi que ses risques et les
complications potentielles immédiates ou tardives.

Je suis informé des toxicités et des complications suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Un évènement imprévu lié à la maladie (nécessitant la radiothérapie) ou à la
tolérance des traitements, apparu au cours du traitement par radiothérapie peut
amener l'oncologue radiothérapeute à modifier la prescription du traitement ou à
demander d'autres examens complémentaires.

Un document d'information du patient sur la toxicité de la radiothérapie :
.....m'a été
donné par Dr.....

Je déclare avoir lu le document et je déclare accepter le traitement par
radiothérapie.

Date

Signature