

**ATTENTION !!!**

Ce formulaire doit être imprimé sur du papier portant l'en-tête de l'hôpital!

## **Information et consentement de la patiente**

Examen de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire

\_\_\_\_\_

Madame

\_\_\_\_\_

née le

\_\_\_\_\_

certifie avoir été informée du déroulement de l'intervention suivante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

par le médecin

\_\_\_\_\_

et que l'intervention susmentionnée se déroule dans le cadre d'un examen en vue de l'obtention du titre de formation approfondie en gynécologie-obstétrique opératoire.

\_\_\_\_\_

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

(A archiver dans le dossier de la patiente)