

**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 médecine foeto-maternelle

---

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 médecine foeto-maternelle.

---

Lieu et date

Signature

---

(A archiver dans le dossier de la patiente)