

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Déclare que le Docteurm'a remis une note d'information concernant les avantages et risques de l'infiltration de corticoïdes.

Après l'avoir lue et comprise et après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte par la présente de bénéficier de cet examen en toute connaissance et en toute liberté.

Je comprend également le risque d'immunodépression temporaire liée à l'injection d'un produit à base de corticoïdes et j'accepte ce risque malgré le contexte sanitaire actuel et le risque d'infection.

Fait le

Signature :

