

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Déclare que le Docteurm'a remis une note d'information concernant les avantages et risques de l'examen de cytoponction sous échographie dont je vais bénéficier.

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.

Cette attestation ne constitue pas une décharge de responsabilité.

Fait le

Signature :

