

**Hôpital Cantonal**

Département de Médecine Interne

Service de Néphrologie

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

---

### **Protocole concernant les ponctions biopsies rénales**

J'ai lu et compris les termes de l'indication à la ponction biopsie rénale, ainsi que les avantages et les risques potentiels liés à ce geste. J'ai eu la possibilité de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes.

Par la présente, je donne mon consentement éclairé pour pratiquer une ponction biopsie rénale. J'ai reçu un exemplaire du formulaire d'information au patient. J'ai été informé que ce geste nécessitait une hospitalisation de 24 heures et que des précautions devaient être prises pendant 10 jours après la ponction biopsie rénale.

Je comprends qu'en signant le présente formulaire, j'autorise les médecins responsables de ma situation à accéder à mon dossier médical et aux données en lien avec la ponction biopsie rénale.

Je comprends également que les informations recueillies dans le cadre de ce geste seront conservées dans mon dossier et en feront partie intégrante.

Je comprends que je suis libre d'accepter ou de refuser ce geste, sans avoir à motiver mon choix. J'ai eu un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature du patient :

Nom du patient :

---

Je soussigné certifie avoir expliqué les détails pertinents de la ponction biopsie rénale (PBR) au patient nommé ci-dessus, pour son consentement.

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

Nom du médecin :

\_\_\_\_\_

*Un exemplaire du formulaire d'information destiné au patient et du formulaire de consentement informé du patient doivent être remis au patient avec copies dans son dossier.*