CONSENTEMENT POUR LES MAMMOGRAPHIES

J'ai lu et compris les termes de l'indication d'une mammographie, ainsi que les avantages et les risques potentiels liés à ce geste.

Par la présente, je donne mon consentement éclairé pour pratiquer cet examen d'imagerie médicale.

J'ai reçu un formulaire d'information au patient.

Je comprends que je suis libre d'accepter ou de refuser ce geste, sans avoir à motiver mon choix.

Nom – Prénom :
Adresse :

Poitiers, le **Signature :**