

Traitement COVID-19

Information et consentement

Je, soussigné·e _____ né·e le _____

certifie que le Dr _____ m'a délivré une information claire et complète quant au traitement adopté dans le cadre d'une infection Covid-19 qui comprend l'ivermectine.

Il m'a expliqué la nature et le but de ce traitement, applicable en l'absence d'un traitement officiellement reconnu. L'évolution probable de la maladie m'a aussi été présentée.

Il m'a informé·e des bénéfices espérés, des risques et des possibles complications.

Il m'a informé·e des possibles alternatives au traitement proposé.

Il m'a informé·e que ce procédé thérapeutique n'est à ce jour pas reconnu pour le traitement précoce de cette maladie, et je comprends, par conséquent, que les frais engagés pour ce traitement seront à ma charge, car probablement non remboursés par l'assurance maladie.

Enfin, il m'a été donné la possibilité de poser des questions supplémentaires et une réponse a pu leur être apportée.

Lieu, date : _____

Signature du patient/de la patiente : _____

(ou du représentant légal ou thérapeutique)

Je, soussigné·e, Dr _____

certifie avoir donné une information claire et complète quant à la nature, le but, les bénéfices espérés, les risques, l'évolution probable, et les alternatives au traitement proposé.

Je certifie également avoir offert au patient/à la patiente la possibilité de poser toutes les questions nécessaires à la libre formation de son choix éclairé, y compris sur des éventuels aspects financiers. Il a été répondu à ces dernières avec diligence. Le patient/la patiente (ou la personne qui le/la représente) a bien compris ce que j'ai expliqué.

Lieu, date : _____

Tampon et signature du médecin : _____