

# INSTITUT CARDIOVASCULAIRE PARIS SUD

## INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER

AVENUE DU NOYER LAMBERT  
91300 MASSY  
Tél : 01 60 13 46 02 Fax : 01 60 13 46 03

DR MC. MORICE – DR O. TAVOLARO – DR Y. LOUVARD – DR JF. PIECHAUD – DR DR P. DUMAS

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Je soussigné, M \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance de l'information destinée au patient

Je déclare avoir lu et compris ce document, avoir posé les questions et avoir reçu les réponses qui me satisfont à propos de cette intervention.

J'ai bien noté qu'en cas de problème je pourrais joindre Madame Le Docteur MC MORICE ou Monsieur le Docteur P. DUMAS au **01 60 13 46 02**.

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :