



Formulaire de consentement écrit

Madame, Monsieur,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Vous allez avoir le une

- Examen par vidéo-capsule
- Coloscopie avec éventuellement biopsies et/ou polypectomie et/ou mucosectomie
- Coloscopie avec dilatation, pose de prothèse ou traitement par argon
- Echo-endoscopie basse
- Echo-endoscopie haute
- Entéroscopie basse avec biopsies/polypectomies
- Entéroscopie haute avec biopsies/polypectomies
- Cholangio-pancréatographie rétrograde (ERCP)
- Manométrie anorectale
- Manométrie œsophagienne à haute résolution et impédance (HRMZ)
- pH-manométrie de 24 heures (MP24)
- Gastrosopie avec biopsies
- Oeso-gastro-duodénoscopie (OGD) avec gastrostomie percutanée endoscopique (PEG)
- Oeso-gastro-duodénoscopie (OGD) avec polypectomie, mucosectomie dilatation, pose de prothèse, ligature/sténose de varices et/ou traitement par argon
- Ponction d'ascite
- Ponction-biopsie du foie
- Impédance pH-métrie de 24 heures (IpH)
- pH-métrie de 48 heures BRAVO
- Thérapie photodynamique (TPD)
- Proctoscopie +/- infrarouge vs ligature
- Rectosigmoïdoscopie avec éventuellement biopsies et/ou polypectomie et/ou mucosectomie
- Rectosigmoïdoscopie avec argon/dilatation/prothèse
- Test à la sécrétine
- Tests respiratoires

Je soussigné(e) ai eu accès à une feuille d'information sur le but, les modalités et les risques de cet examen et j'ai été renseigné(e) de façon compréhensible par le médecin. Une réponse satisfaisante a été apportée à chacune de mes questions par le

Dr

Je donne mon accord à cet examen : oui

non

Date

Signature du (de la) patient(e)

Signature du médecin

