

## ATTESTATION DE CONSENTEMENT DE SOINS INFIRMIERS

Je soussigné ( e ) \_\_\_\_\_

domicilié ( e ) à \_\_\_\_\_

Agissant en tant que

- patient
- responsable légal du patient (préciser)

atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des soins infirmiers qui me sont proposés, en concordance avec les prescriptions de mon médecin et assure que j'ai donné mon consentement volontaire pour leurs réalisations par les infirmières (titulaires ou collaboratrices ou remplaçantes) du cabinet libéral situé au \_\_\_\_\_

Durant ma prise en charge, j'autorise le cabinet infirmier à laisser mon dossier à mon domicile pour permettre sa consultation par l'équipe soignante qui me suit.

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant légal.

N.B. : En cas d'impossibilité de remplir ce formulaire par le patient, ou son représentant légal, le consentement est considéré comme donné.

Réf : Loi du 4 mars 2002, Droits du patient et liberté de soins.  
Décret de compétences des infirmiers du 11 février 2002.