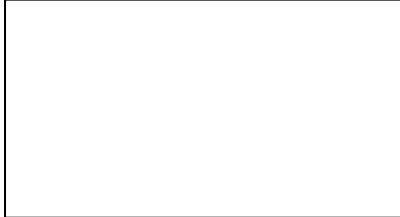


Mme, M _____

Etiquette patient



Atteste avoir été informé(e) du déroulement de l'examen FibroScan®.

Accepte que l'examen FibroScan soit réalisé ce jour par une infirmière dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.

Refuse que l'examen FibroScan soit réalisé ce jour par une infirmière dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.

Date :

Signature :