

FIBROSCAN® CONSENTEMENT ECLAIRE

PRE/PLAT-MEDE/EN/4.2.41 Version 1 Validé par Dr F. PFLUMIO le 15/09/2023

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.
<u>Date :</u>
Signature :