

Formulaire d'entente de participation du patient

Information sur le médecin traitant

Information sur le patient

ENTENTE DE PARTICIPATION - Je vais :

- obtenir, transporter et entreposer l'IgIV en suivant les instructions
- voir à recevoir les perfusions en suivant les instructions
- prendre sur les perfusions des notes précises que je remettrai à mon médecin en Ontario
- signaler au professionnel de la santé pertinent toute réaction indésirable à l'IgIV et obtenir un traitement au besoin
- payer toutes les dépenses liées à la perfusion d'IgIV à l'extérieur de l'Ontario
- m'assurer de respecter toutes ces conditions, à défaut de quoi je ne recevrai plus d'IgIV

Je comprends que la perfusion d'IgIV à l'extérieur de la province peut être arrêtée en tout temps si je ne respecte pas les exigences ci-dessus ou toute autre exigence ou encore en cas de complications impossibles à gérer du traitement par perfusion d'IgIV.

X

Signature du patient

Date et heure de la signature

Au besoin :

Signature du professionnel de la santé

Date

Nom du professionnel de la santé en caractères d'imprimerie

****Soignant : garder un exemplaire du formulaire pour vos dossiers et en remettre un au patient****