

DATE _____

Place réservée pour l'étiquette

Je, _____, autorise par la présente le Dr Pierre Larose, chirurgien vasculaire et ses associés/assistants à effectuer un traitement de sclérothérapie.

Je comprends que le nombre de traitements de sclérothérapie dépendra de la sévérité de mon cas, de la réponse aux traitements et des résultats attendus.

Je comprends et j'accepte que la maladie variqueuse est chronique et évolutive. À cet effet, dans le cadre d'un suivi, d'autres traitements pourraient s'avérer nécessaires.

Je, soussigné(e), déclare avoir été dûment informé(e), de façon claire et sans équivoque, des bénéfices et des risques inhérents à ce traitement. Grâce aux explications fournies par le Dr Pierre Larose, chirurgien vasculaire, je confirme avoir lu et compris les informations et donne mon plein consentement à ce traitement.

**EN CAS D'ANNULATION DE RENDEZ-VOUS, VEUILLEZ-NOUS EN AVISER AU MOINS 48 HEURES À L'AVANCE.
UNE ANNULATION EFFECTUÉE À MOINS DE 48 HEURES DE PRÉAVIS ENTRAINERA DES FRAIS DE 40\$ QUI
VOUS SERONT FACTURÉS LORS DE VOTRE PROCHAINE VISITE.**

Signature _____

Témoin _____

Date _____

Dr Pierre Larose, M.D., FRCSC
Chirurgien vasculaire