

Responsable du service  
Pr Philippe Couratier

Accueil  
Tél. : 05 55 05 65 61  
Fax : 05 55 05 65 67

Praticiens hospitaliers  
Pr Laurent Magy  
Pr Jean-Michel Vallat  
Dr Francisco Macian-Montoro  
Dr Frédéric Tornay  
Dr Karima Ghorab

Chefs de clinique  
Dr Géraldine Lautrette  
Dr Catherine Labach  
Dr Magalie Rabin

Centre expert SLA  
Tél. : 05 55 05 65 59

Centre de référence  
neuropathies périphériques rares  
Tél. : 05 55 05 86 74  
crm.n@chu-limoges.fr

Centre Mémoire Ressource  
et Recherche (CM2R)  
Tél. : 05 55 43 12 15

Centre de compétence AMS  
Tél. : 05 55 05 65 60

Centre de compétence  
démences rares  
Tél. : 05 55 05 65 61

Explorations fonctionnelles  
neurologiques  
Tél. : 05 55 05 65 30

Unité neuro-vasculaire  
Tél. : 05 55 05 65 65

Génétique  
Pr Benoît Funalot  
Tél. : 05 55 05 65 60

Médecins attachés  
Pr Benoît Funalot  
Dr Frédéric Chazot  
Dr André Milor

Neuropsychologues  
Michèle Chazot-Balcon  
Marianne Chouly

Cadre supérieur de santé  
Sylvie Bonnin  
Tél. : 05 55 05 65 32  
Cadre de santé  
Martine Dumazeaud  
Tél. : 05 55 05 15 71

Hospitalisation  
Tél. : 05 55 05 65 61  
•Aile A  
Poste 51581  
•Aile B  
Poste 51583  
•Soins continus  
Poste 51582  
•USI-NV  
Poste 51582

## INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MALADE MAJEUR

### BIOPSIE CUTANEE

Je soussigné(e).....(1), Docteur en Médecine, certifie :

- avoir donné ce jour en termes clairs, simples et loyaux à :

Melle, Mme, Mr .....(2), selon les règles fixées par le Code de Déontologie Médicale (3), toutes les informations nécessaires sur son état et les risques en résultant, les traitements, soins et interventions proposés, ainsi que sur les risques et conséquences d'ordre physique ou psychologique qu'ils pourraient entraîner,

- m'être assuré de la bonne compréhension de ces informations par l'intéressé(e).

A Limoges, le.....

signature du médecin

Je soussigné(e).....(2) :

- reconnais avoir été informé sur mon état et les risques en résultant, le traitement, les soins et les interventions proposés, ainsi que les risques et conséquences d'ordre physique ou psychologique qu'ils pourraient entraîner,

- certifie avoir pu librement poser au praticien ci-dessus toutes les questions relatives à mon état de santé

**et**

**- consens librement et en toute connaissance de cause à ce qu'un prélèvement de peau de très petite taille (3 mm de diamètre) soit effectué et utilisé à des fins diagnostiques et/ou de recherche.**

A Limoges, le.....

signature du malade

Les entretiens ont-ils donnés lieu à l'intervention d'un tiers pour traduction ?.....

Si oui, langue utilisée par le patient : .....

Nom et adresse de l'intervenant : .....

(1) Nom et Prénom du médecin hospitalier.

(2) Nom et Prénom du malade

(3) pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance du diagnostic ou d'un pronostic grave (article 42 du Code de Déontologie Médicale).

*Ce formulaire est conservé dans le dossier médical du malade.*