

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 Torny  
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

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

- avoir donné ce jour en termes clairs, simples et loyaux à M.....(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 que le traitement ou l'intervention  
ci-dessous désigné(e) :

.....  
.....  
.....

ainsi que tout traitement ou intervention découlant d'un fait nouveau impliquant une décision  
urgente soient pratiqué(e)s par les équipes du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de  
Limoges.

- reconnais avoir été informé que le prélèvement effectué pourra être utilisé à des fins  
diagnostiques et/ou de recherches.

A Limoges, le.....

signature du malade

Je soussigné(e).....(2) :

- reconnais avoir été informé que lors du traitement ou intervention ci-dessus désigné, un  
prélèvement de peau de très petite taille (3 mm de diamètre) pourra être effectué et utilisé à des fins  
diagnostiques ou de recherche.

- consens librement et en toute connaissance de cause à ce que ce prélèvement soit pratiqué.

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).

*Un exemplaire est remis au malade.*

*Un exemplaire est conservé dans le dossier médical.*