



# Centre d'Ophtalmologie Pédiatrique

100 Rambla des Calissons, Résidence Algérie Bâtiment A - 34070 Montpellier  
copmontpellier.fr - contact@copmontpellier.fr - 04 67 57 24 88

## CONSENTEMENT ECLAIRE

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

**Je soussigné** (nom prénom du responsable légal)

**Représentant légal de** (nom prénom de l'enfant)

**né(e) le**

**reconnais que la nature de l'examen, ainsi que les risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.**

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

[  ] donne mon accord

[  ] ne donne pas mon accord

pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé et le respect du protocole d'adaptation ainsi que du calendrier des rendez-vous, permettant d'évaluer la bonne tolérance clinique des Orthèses Lenticulaire Réfractive et le résultat visuel obtenu.

Date / lieu :

Signature du représentant légal :



En dehors des horaires d'ouverture ou en cas d'absence du médecin,  
s'adresser aux urgences du CHU Guy de Chauliac