

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT AU TEST DE PROVOCATION

Date : _____ aaaa/mm/jj

Aujourd'hui, l'utilisateur se présente pour un test de provocation.

Pendant la provocation, certaines réactions pourraient se produire. L'utilisateur recevra des doses progressives à intervalle régulier du produit testé. L'utilisateur sera examiné avant et après la prise de chaque dose.

Votre collaboration est importante tout au long de la provocation. Nous vous demandons donc d'aviser immédiatement l'infirmière dès que vous croyez qu'une réaction indésirable se produit.

Voici les réactions possibles :

Peau : Démangeaisons, éruptions, rougeurs, gonflements;

Yeux, nez, bouche : Rougeurs, picotement, nez ou yeux qui coulent;

Respiration : Essoufflement, toux, changement de la voix ou des pleurs;

Digestion : Crampes, nausées, vomissements, diarrhées;

État de conscience : Anxiété, changement de comportement;

Tension artérielle : Faiblesse, baisse de la tension artérielle, étourdissements.

Si une réaction indésirable devait se produire, elle débiterait dans les minutes qui suivent. La provocation serait cessée et les soins appropriés seraient dispensés par un professionnel de la santé.

Je reconnais avoir été informé(e) sur la nature et les risques de la provocation.

J'autorise mon médecin ainsi que son équipe de professionnelle à procéder au test de provocation.

Signature du parent ou de l'utilisateur de 14 ans et plus : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj