

## Formulaire de consentement

Je soussigné(e), M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>, M. [rayer les mentions inutiles] (nom, prénom)

.....  
accepte librement de porter un TRP pour la rééducation des fonctions linguales et de ces conséquences sur les troubles respiratoires du sommeil et la respiration nasale organisée par le Docteur/Mr (nom, prénom, Téléphone)  
.....praticien dentaire/rééducateur [rayer les mentions inutiles].

7. J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant l'objectif de ce traitement, la façon dont il va être réalisé
8. je conserverai un exemplaire de la note d'information et du consentement,
9. j'ai reçu des réponses adaptées à toutes mes questions,
10. j'ai disposé d'un temps suffisant pour prendre ma décision,
11. j'ai compris que ma participation est libre et que je pourrai interrompre le traitement à tout moment, sans encourir la moindre responsabilité et préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués. J'indiquerai alors au praticien dentaire/rééducateur qui me suit, si je souhaite ou non que les données recueillies, jusqu'au moment de ma décision, soient utilisées,
12. Je suis conscient(e) que mon traitement pourra aussi être interrompue par le médecin/rééducateur si besoin
13. Avant de consentir à ce traitement, j'ai bénéficié d'un examen médical/paramédical adapté au traitement, dont les résultats m'ont été communiqués,
14. Mon consentement ne décharge en rien les praticiens de santé qui me suivent dans le cadre du traitement ni de l'ensemble de ces responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

**Signature de la personne porteuse du TRP**

**Signature du praticien dentaire/rééducateur**

**Nom Prénom :**

**Nom Prénom :**

**Date :**

**Date :**

**Signature :**

**Signature :**