

RCP Anomalies vasculaires



Attestation de consentement patient

Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient :

pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Anomalies Vasculaires Rares et l'avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d'autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Le médecin requérant (Nom et signature) :