

SIRIS : Demande de suppression d'un formulaire en cas de refus du consentement

1. Informations sur la clinique

Clinique

Lieu

2. Raison de la demande de suppression

- Le patient ou la patiente a refusé l'enregistrement, copie ci-jointe. (→ *Aller directement à 5.*)
- Le patient ou la patiente a refusé l'enregistrement, mais aucune copie écrite n'est disponible.
- Le consentement écrit n'a pas pu être obtenu parce que : _____

3. Informations sur le patient ou la patiente

Prénom

Nom

N° de patient

Date de naissance

4. Informations sur l'opération

Articulation opérée

Côté

Type d'opération

Hanche

Genou

Épaule

Droite

Gauche

Primaire

Révision*

Date d'opération : _____

*En cas de refus d'enregistrement d'une révision, il peut être nécessaire de supprimer également l'opération primaire correspondante afin de préserver l'intégrité du taux de révision.

5. Confirmation du chirurgien ou de la chirurgienne

Je prends acte que le(s) formulaire(s) correspondant(s) à l'opération/aux opérations indiquée(s) du patient/de la patiente susmentionné.e sera/seront supprimé(s) de la base de données SIRIS.

Prénom et nom du chirurgien/de la chirurgienne

Date

Signature