

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ POUR L'ADMINISTRATION DE PASCORBIN EN INTRAVEINEUSE

Je soussigné(e), [Nom du patient], .....

reconnais avoir été informé(e) par [Nom de l'infirmière/libérale], .....

infirmière/infirmier diplômée d'État, des risques liés à l'administration de PASCORBIN (acide ascorbique) par voie intraveineuse.

Je comprends que, bien que cette pratique soit couramment réalisée, il existe un risque de réaction indésirable, y compris, mais sans s'y limiter, des réactions allergiques ou des effets secondaires potentiels. Le fabricant PASCOE indique que ces risques sont rares, mais qu'ils ne peuvent pas être entièrement écartés. Se reporter à la notice du PASCORBIN.

Je confirme avoir été informé(e) des précautions nécessaires, notamment que la réaction à l'injection sera surveillée en temps réel et que tout problème sera pris en charge de manière appropriée. Cependant, je comprends que des complications imprévues peuvent survenir, malgré toutes les précautions prises.

Par la présente, je décharge [Nom de l'infirmière/libérale] .....

et toute personne impliquée dans l'administration de cette procédure de toute responsabilité en cas de réaction indésirable ou d'effets secondaires liés à l'injection de PASCORBIN. Je m'engage également à signaler immédiatement tout effet indésirable ou toute réaction anormale auprès de la pharmacie.

Je reconnais que cette décharge est signée librement et sans pression, et que j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires à ma compréhension.

Fait à [Lieu], le [Date].....

**Signature du patient :** \_\_\_\_\_

**Signature de l'infirmière/infirmier libérale :** \_\_\_\_\_