



\* F M U - 3 8 7 8 \*

**MISSION DES SOINS DE CANCER****Consentement aux traitements contre le cancer**

**Objectif de ce formulaire de consentement :** Ce formulaire de consentement vous aide, vous et votre médecin, à décider du meilleur traitement pour vous. Avant de commencer le traitement, il est important que vous compreniez votre diagnostic, le traitement, les effets secondaires possibles et les options qui s'offrent à vous. **Vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment. Vous devez remplir ce formulaire avec votre médecin avant le début de votre traitement.**

**Description du diagnostic et du traitement (à remplir par le médecin avec le / la patient(e)) :**

J'accepte volontairement que mon médecin et d'autres professionnels de la santé traitent mon cancer, qui est :

Type de cancer: \_\_\_\_\_

Stade:  0     1     2     3     4     Autre \_\_\_\_\_

Récidive     Oui     Non

Traitement proposé :

Remarque : La patiente doit prendre des mesures pour éviter de tomber enceinte et le patient doit éviter de mettre son partenaire enceinte pendant le traitement. La patiente doit informer l'équipe soignante si elle pense être enceinte. Si cela s'applique à la patiente, l'utilisation d'un moyen de contraception pendant le traitement et un test de grossesse avant le traitement sont fortement recommandés.

Oui, cela s'applique au / à la patient(e)     Non, cela ne s'applique pas au / à la patient(e)

**Au / à la patient(e) :** en signant ci-dessous, je reconnaiss que mon médecin ou mon infirmière praticienne spécialisée et moi-même, avons parlé de mon cancer et du traitement proposé. Nous avons discuté :

- De mon type de cancer
- De la façon dont le traitement peut m'aider
- Des risques liés à la prise ou non du traitement, ainsi que d'autres options
- De ce qui pourrait arriver à ma santé et ma qualité de vie avec et sans le traitement
- Des objectifs possibles du traitement, tels que traiter le cancer et l'empêcher de revenir, réduire la taille du cancer ou l'empêcher de se développer, et/ou gérer les symptômes causés par le cancer

Nous avons discuté de :

- Ce que j'espère obtenir de ces soins, en fonction de mes valeurs, de mes projets et de mes préférences
- La manière dont mon médecin et moi-même, ainsi que mon équipe soignante, nous communiquerons toute nouvelle information.
- Comment nous continuerons à vérifier si ce traitement est toujours le meilleur pour moi. Cela peut signifier arrêter le traitement s'il n'est plus utile ou s'il est plus nocif que bénéfique, ou essayer un autre traitement.

**Section de signature du patient / représentant légal / Parent ou tuteur légal**

(si le/la patient(e) est mineur(e) (âgé(e) de moins de 14 ans)) :

Nom en lettres moulées	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
Lien de parenté avec le / la patient(e) (s'il s'agit d'une personne autre que le / la patient (e)) _____		
Déclaration de l'interprète: Je _____ ai fait une traduction verbale de ce formulaire relatif au consentement à un traitement contre le cancer dans une langue que le patient comprend, qui est : _____.		
Signature de l'interprète (si applicable) : _____		Date (AAAA/MM/JJ)

**Section du médecin traitant / de la personne désignée par le médecin :**

Je reconnaiss que nous avons discuté des points énumérés ci-dessus et que le / la patient(e) semble les comprendre.

Nom en lettres moulées	Signature	N° de licence	Date (AAAA/MM/JJ)
------------------------	-----------	---------------	-------------------

English on reverse



## CANCER CARE MISSION

### Consent for Cancer Treatments

**Purpose of this consent form:** This consent form helps you and your doctor decide on the best treatment for you. Before starting treatment, it is important that you understand your diagnosis, the treatment, possible side effects, and alternatives. **You can change your decision at any time. You need to complete this form with your doctor before you start your treatment.**

**Description of Diagnosis and Treatment (to be completed by the doctor with the patient):**

I voluntarily consent that my doctor and other healthcare providers treat my cancer, which is:

Cancer Type: \_\_\_\_\_

Stage:  0     1     2     3     4     Other \_\_\_\_\_

Recurrence     Yes     No

Proposed Treatment: \_\_\_\_\_

**Please note:** Patient must take measures to avoid becoming pregnant or getting their partner pregnant while on treatment. The patient must tell the healthcare team if they think they might be pregnant. If it applies to the patient, the use of birth control while on treatment and pregnancy testing before treatment is strongly recommended.

Yes, this applies to the patient     No, this does not apply to the patient

**To the patient:** by signing below, I acknowledge that my doctor or nurse practitioner and I talked about my cancer and the suggested treatment. We discussed:

- What my type of cancer is
- How the treatment can help treat the cancer
- The risks of taking or not taking the treatment as well as other options
- What might happen to my health and my quality of life with and without the treatment
- The possible goals of the treatment, such as treating the cancer and stopping it from coming back, making the cancer smaller or stopping it from growing, and/or managing symptoms caused by the cancer.

We talked about:

- What I hope to get from this care, based on my values, plans, and preferences.
- How my doctor and I, along with my healthcare team, will share any new information with each other.
- How we will keep checking if this treatment is still the best for me. This might mean stopping the treatment if it no longer helps or causes more harm than good, or trying a different treatment.

**Patient/Legal Representative/Parent or Legal Guardian Signature Section**

(if patient is a minor (under 14 years old):

Name in print	Signature	Date (YYYY/MM/DD)
Relationship to patient (if not the patient): _____		
Interpreter declaration: I _____ have given a verbal translation of this form relating to consent for cancer therapy in a language the patient understands, which is _____.		
Translator's signature (if applicable): _____		Date (YYYY/MM/DD)

**Treating Doctor / Doctor Designee Section:**

I acknowledge that we have discussed the points listed above and that the patient appears to understand.

Name in print	Signature	License No.	Date (YYYY/MM/DD)
---------------	-----------	-------------	-------------------

Français au verso