

Version n°	1.0	En vigueur à partir de	dec 2016
Numéro du document	DC481	Service	anesthésie

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT À UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PÉRIOPÉRATOIRE ET/OU SÉDATION PROCÉDURALE

À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE PATIENT ET LE MÉDECIN

Cher patient,

Veillez lire minutieusement la déclaration de consentement ci-dessous et la confirmer en apposant votre nom et votre signature. Vous retrouverez toutes les informations quant à l'anesthésie dans la brochure ou sur le site Internet. Avant l'anesthésie, l'anesthésiste lira avec vous cette déclaration et la signera lui aussi pour accord.

Je soussigné(e) ,..... (nom, prénom),
 patient / parent / représentant légal du patient (biffer les mentions inutiles) :
 (nom, prénom)

- Consens à l'anesthésie/à la réduction de la douleur proposées, à savoir :
 - anesthésie générale
 - anesthésie des plexus ou blocage nerveux périphérique
 - anesthésie péridurale ou rachianesthésie

 - sédation procédurale
-
- J'ai reçu suffisamment d'informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant l'anesthésie choisie, ainsi qu'à l'éventuelle réduction de la douleur suite à la procédure. J'ai compris la totalité de ces informations.
 Ces informations m'ont été procurées :
 - par le site Internet
 - par une fiche ou brochure informative
 - lors d'un entretien avec un prestataire de soins :
 - risques :
 - avantages :
 - alternatives :
 - autrement :
 - J'ai lu et compris toutes les informations concernant les directives préopératoires et postopératoires et déclare que je les respecterai.
 - Je consens à ce qu'en cas d'urgence, toutes les mesures soient prises pour garantir ma sécurité/santé.
 - à l'exception de :

Signature du patient/du représentant :

Date : / / | Heure : h



Nom de l'anesthésiste :

Date : / / | Heure : h