



Formulaire de consentement éclairé – Anesthésie adulte et enfant

Je, soussigné
Domicilié(e)
à l'anesthésiste, Dr..... ou à un de ses collaborateurs pour réaliser une
anesthésie.

donne mon accord

- Je certifie avoir pu rencontrer un anesthésiste, au moins 48h avant l'opération (sauf situation d'urgence) et suivra les consignes prescrites notamment en termes de jeûne, adaptation de traitement et arrêt du tabac.
- Je reconnais avoir reçu l'information de la part de l'anesthésiste sur une analyse de risque global de l'anesthésie, en fonction du type d'anesthésie, du type de chirurgie et/ou examen ainsi que de mon état de santé général et de mes caractéristiques personnelles.
- Je certifie avoir été prévenu des complications et des risques possibles relatifs à mon anesthésie et mon état clinique.
- Je sais que, le jour de l'intervention, l'anesthésiste peut décider, après concertation avec le patient, d'appliquer une autre technique d'anesthésie.
- Je sais que je dispose d'un délai de réflexion pour confirmer ou annuler mon intervention.
- Je sais que l'intervention peut éventuellement être reportée à une autre date.

Complément pour les patients en hôpital de jour :

- Les 24 premières heures qui suivent mon intervention, je ne conduirai aucun véhicule (voiture, vélomoteur, vélo).
- Je ne consommerai aucune boisson alcoolisée dans les 24 heures qui suivent le traitement.
- A la sortie de l'hôpital, un adulte viendra me chercher et une personne sera présente à domicile au cours des 24 premières heures.
- Après la sortie de l'hôpital, j'ai la possibilité de contacter mon médecin traitant ou l'hôpital (par téléphone).
- J'accepte de passer éventuellement la nuit à l'hôpital ou d'effectuer un séjour prolongé à l'hôpital, si cela s'imposait pour des raisons médicales.

- Je donne / ne donne pas* l'autorisation de transmettre mes données médicales au médecin généraliste ou son (sa) remplaçant(e). (*biffer la mention inutile)
- J'accepte/n'accepte pas* de recevoir des dérivés sanguins si mon état de santé le nécessite. (*biffer la mention inutile)



Technique d'anesthésie prévue :

- Anesthésie générale
- Sédation
- Anesthésie loco-régionale
- Autre :

Nom du patient ou de son/sa représentant(e) légal(e) :

.....

Le signataire est (*cocher ce qui convient)

- Le patient.
- Un/Une représentant(e) désigné(e) par le/la patient(e). (1)
- L'administrateur de la personne. (2)
- L'époux/le partenaire cohabitant.
- Un enfant majeur.
- Un parent.
- Un frère/Une soeur majeur(e).
- Un médecin. (3)

(1) En possession d'un mandat.

(2) Peut présenter une décision du juge de paix.

(3) En cas d'urgence ou en l'absence d'une des personnes précitées.

Date et heure : / / :

Signature du patient :