

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

Nom : Prénom Né(e) le :/...../.....

Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie avec le Dr : le

J'estime avoir été suffisamment informé (e) des avantages et des risques de l'anesthésie (locale, locorégionale, péridurale, rachianesthésie, générale) et consent à en bénéficier.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir compris les réponses qui m'ont été fournies concernant l'anesthésie envisagée.

J'accepte la technique d'anesthésie qui m'a été proposée ainsi que les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.

☐ J'accepte la transfusion de sang, si celle-ci est nécessaire, ou l'apport de dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

☐ Je m'oppose à la transfusion sanguine qui m'est prescrite, je persiste et je signe, malgré les explications reçues. Je suis conscient que ce refus peut mettre ma santé et, ou ma vie en péril et que l'hôpital fera appel au Procureur de la république pour me transfuser en cas d'urgence et ou de risque vital.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'anesthésie dans les conditions ci-dessus. La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » :

A....., le.....

Signature(s)*

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

*** Pour les mineurs la signature du père et de la mère sont obligatoires.**

Si un des parents est déchu de l'autorité parentale, le jugement doit être fourni.