

Etiquette

Patient



## FEUILLE DE CONSENTEMENT AVANT ANESTHÉSIE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Au cours de la consultation du : ..... / ..... / .....

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques anesthésiques.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Le livret «information sur l'anesthésie, la transfusion et la lutte contre la douleur» m'a été remis.

**Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité d'un anesthésiste-réanimateur à mon égard.**

Date : ..... / ..... / .....

SIGNATURE :