

Version n°	2.0	En vigueur à partir de	dec 2016
n° document	DC481	Service	anesthésie

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, LA POLITIQUE DE DOULEUR PÉRI-OPÉRATOIRE ET/OU LA SÉDATION PROCÉDURALE

Cher (parent ou représentant du) patient,

Veillez lire minutieusement la déclaration de consentement ci-dessous et la confirmer en y apposant votre nom et votre signature. Vous trouverez toutes les informations relatives à l'anesthésie générale et à la sédation procédurale dans la brochure jointe en annexe. L'anesthésiste relira cette déclaration avec vous avant que l'anesthésie soit pratiquée et la signera également pour accord.

Je soussigné(e) (nom, prénom),
 patient / parent / représentant légal (biffer la mention inutile) du patient:
 (nom, prénom).

- Autorise les types d'anesthésie/d'analgésie proposés, à savoir :

<input type="checkbox"/> anesthésie générale	<input type="checkbox"/> anesthésie parabolbaire
<input type="checkbox"/> anesthésie du plexus ou du bloc nerveux périphérique	<input type="checkbox"/> sédation légère, modérée ou profonde
<input type="checkbox"/> péridurale ou anesthésie rachidienne	combinée à <input type="checkbox"/> anesthésie locale (locale)
	<input type="checkbox"/> anesthésie au goutte-à-goutte (topique)

- Ai reçu suffisamment d'informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant le type d'anesthésie convenu et les éventuels traitements postopératoires de la douleur. J'ai compris la totalité de ces informations. Ces informations m'ont été procurées via la fiche d'information/brochure jointe à ce dossier et/ou le site web et/ou une explication orale.
- Ai lu et compris toutes les informations relatives aux directives pré- et postopératoires et je m'engage à les respecter.

- Consens qu'en cas d'urgence, toutes les mesures soient prises pour garantir ma sécurité/santé.
 à l'exception de :

Signature patient/parent/représentant

Date: / / Heure:

Cachet + paraphe du médecin