



CONSENTEMENT PREALABLE A UN ACTE INVASIF AVEC ACTE D'ANESTHESIE

PATIENT MAJEUR (Adulte Capable de + de 18 ans)

NOM : **Prénom :**

IPP PATIENT : **Né(e) le :**

J'atteste qu'au cours de la **consultation chirurgicale** du / /

le Dr

m'a apporté les diverses explications liées à mon état de santé et aux actes envisagés, dont la nature est indiquée ci-après ;

m'a prévenu(e) des raisons qui l'amènent à proposer ce ou ces actes, les conséquences possibles d'une abstention thérapeutique, les diverses alternatives thérapeutiques, les bénéfices, inconvénients et risques respectifs de chaque option et notamment les risques liés à une infection par SARS-CoV2 (COVID).

Lors de cet entretien, j'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai compris les réponses fournies.
Je donne ainsi mon accord pour que ces actes chirurgicaux soient réalisés selon les modalités envisagées. Au cas où les circonstances l'exigeraient, j'accepte par anticipation les modifications de techniques opératoires qui s'avéreraient nécessaires.

Nature de l'acte.....

Prévu le :

(*) date pouvant être modifiée à la demande du patient ou du médecin

Mode de prise en charge :

- Ambulatoire court
- Ambulatoire long
- Hospitalisation complète

J'atteste en outre qu'au cours de **la consultation d'anesthésie** du / /

le médecin anesthésiste (ou l'infirmière de la consultation d'anesthésie)

m'a informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie et du type d'anesthésie envisagé pour l'acte motivant cette anesthésie.

Dans le cadre de cet entretien, j'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai compris les réponses fournies.

Je donne ainsi mon accord pour que cet acte d'anesthésie soit réalisé selon les modalités envisagées. Au cas où les circonstances l'exigeraient, j'accepte par anticipation les modifications de méthode d'anesthésie qui s'avéreraient nécessaires pendant l'intervention.

Si le patient n'est pas en mesure d'exprimer ses volontés, le médecin consultera obligatoirement la personne de confiance pour en recueillir son avis.

Fait à

Signature du patient:

Le / /