



## CONSENTEMENT PREALABLE A UN ACTE INVASIF AVEC ACTE D'ANESTHESIE

**PATIENT MINEUR (0 à 18 ans) ou PERSONNE PROTEGEE**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**IPP PATIENT :** ..... **Né(e) le :** .....

**ATTENTION : pour un patient mineur, le consentement doit être signé par les 2 parents (et/ou par tous les titulaires de l'autorité parentale) le jour de la consultation d'anesthésie. Dans le cas contraire, votre enfant ne pourra pas être opéré.** (Art. R1112-35 du code de la santé publique)

*Pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale :*

- Carte d'identité des 2 parents ou des titulaires de l'autorité parentale (copie à conserver dans le dossier administratif)
- Livret de famille
- Eventuelles décisions de justice de l'accompagnant (ordonnance du juge aux affaires familiales, etc.)

Je/Nous soussigné(s) (NOM, Prénom) :

- Parent 1 : .....
- Parent 2 : .....
- ou représentant légal / tuteur : .....

Atteste/Attestons qu'au cours de la **consultation chirurgicale du** ..... / ..... / .....

le Dr .....

m'a/nous a apporté les diverses explications liées à l'état de santé du patient, aux actes envisagés et aux actes médicaux, dont la nature est indiquée ci-après.

m'a /nous ont prévenu(e)(s) 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/nous avons pu poser toutes les questions que j'ai/nous avons jugées utiles et compris les réponses fournies.

**Je donne/nous donnons ainsi mon/notre accord pour que ces actes chirurgicaux** soient réalisés selon les modalités envisagées. Au cas où les circonstances l'exigeraient, j'accepte/nous acceptons par anticipation les modifications de techniques opératoires qui s'avèreraient nécessaires.

Enfin, je reconnais/nous reconnaissons que, selon son aptitude de compréhension, l'avis du patient mineur ou majeur protégé, a été recueilli.

**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 / nous attestons en outre qu'au cours de **la consultation d'anesthésie** du ..... / ..... / .....

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

m'a/nous a informé(e)(s) 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/nous avons pu poser toutes les questions jugées utiles et j'ai/nous avons compris les réponses fournies.

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

**Fait à**.....

**Signature du ou des représentants :**

**Le** ..... / ..... / .....