

FICHE DE CONSENTEMENT BENEFICE – RISQUE ANESTHESIE

Je soussigné(e), représentant légal

Nom.....Prénom.....

.....

Si mineur

Nom de l'enfant.....

Prénom.....

Date de naissance __ / __ / __

Certifie avoir été valablement informé(é) au cours de la consultation d'anesthésie du __ / __ / __

Avec le Docteur

.....

Et :

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

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 et de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste-réanimateur.

M'ont été remis :

La feuille d'information sur l'anesthésiste.

Les recommandations pour la chirurgie.

L'information sur la transfusion sanguine.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

Date :

Signature :

(Faire précéder de la mention manuscrite "lu accepté et approuvé")