

## Feuille de consentement

Nom : ..... Prénom : .....

J'ai bien reçu le fascicule : **Information médicale et anesthésie**

Au cours de la consultation d'anesthésie du.....  
avec le Docteur.....

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 la technique d'anesthésie qui m'a été proposée ainsi que les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.  
Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur ou le chirurgien.  
Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.  
J'accepte les éventuels dépassements d'honoraires selon la tarification pré-établie que j'ai pu consulter.

Anesthésie proposée :

Anesthésie générale

Anesthésie locorégionale

Sédation

*Les renseignements complémentaires concernant le déroulement de l'anesthésie ou le médecin présent lors de la chirurgie peuvent être obtenus en téléphonant au :*

*02.43.86.75.30 du lundi au vendredi de 8 h30 à 16 h00. Et de 8h30 à 13h30 le mercredi.*

Date : .....

Signature :