



à compléter

Étiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

Avant la consultation d'anesthésie pour validation
à remettre à l'entrée du service

Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire

Je respecte les critères d'inclusion

- ➔ J'accepte la prise en charge ambulatoire et je lis les consignes dans le passeport ambulatoire qui m'a été fourni ☐ oui ☐ non
- ➔ Avant le lendemain de l'anesthésie, je ne conduirai pas de véhicule (en cas d'accident il n'y a pas d'assurance), je ne prendrai pas de transports en commun seul. ☐ oui ☐ non
- ➔ La nuit suivant l'anesthésie une personne de mon entourage doit être disponible, idéalement au domicile ou à proximité et joignable. Je m'organise dans ce sens. ☐ oui ☐ non
- ➔ Je dispose d'un téléphone dont voici le n° : ☐ oui ☐ non
- ➔ J'accepte de passer la première soirée post-opératoire dans un environnement calme et m'engage à respecter les prescriptions médicales ☐ oui ☐ non
- ➔ Je déclare vivre dans des conditions matérielles satisfaisantes et non précaires ☐ oui ☐ non

Pour bénéficier d'une prise en charge ambulatoire,
tous les critères doivent être validés

Date :

Signature du patient ou de son représentant légal :



Pour toute information concernant votre
accueil, votre séjour et votre sortie
référez-vous au passeport ambulatoire