



Étiquette patient  
ou nom prénom  
date de naissance

# Attestation de consentement éclairé

## Pour une intervention anesthésique

Suite à l'information écrite reçue, ainsi qu'à l'entretien d'information qui s'est déroulé le .... / .... / ..... au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr....., j'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

- J'ai été clairement informé(e) de la nature de l'anesthésie qui sera pratiquée, de son objectif, de son utilité et de ses bénéfices, mais également des effets secondaires possibles et des inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner. J'ai été averti(e) des risques et des complications éventuels liés à l'anesthésie générale et/ou locorégionale prévue le .... / .... / .....
- J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'ai jugées utiles et le médecin anesthésiste y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.
- J'accepte, après réflexion, l'anesthésie prévue, ainsi qu'un éventuel changement de la technique anesthésique, au cas où la première serait impossible à effectuer ou encore si le geste chirurgical devait entraîner sa modification.
- J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine.
- Je reconnais avoir reçu une brochure d'information.

Bayonne, le : ..... / ..... / .....

Signature du patient ou de son représentant légal :



Étiquette patient  
ou nom prénom  
date de naissance

*Après la consultation d'anesthésie  
exemplaire à remettre à l'entrée du service*

# Attestation de consentement éclairé

## Pour une intervention anesthésique

Suite à l'information écrite reçue, ainsi qu'à l'entretien d'information qui s'est déroulé le ....../..... au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr....., j'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

- J'ai été clairement informé(e) de la nature de l'anesthésie qui sera pratiquée, de son objectif, de son utilité et de ses bénéfices, mais également des effets secondaires possibles et des inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner. J'ai été averti(e) des risques et des complications éventuels liés à l'anesthésie générale et/ou locorégionale prévue le ....../.....
- J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'ai jugées utiles et le médecin anesthésiste y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.
- J'accepte, après réflexion, l'anesthésie prévue, ainsi qu'un éventuel changement de la technique anesthésique, au cas où la première serait impossible à effectuer ou encore si le geste chirurgical devait entraîner sa modification.
- J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine.
- Je reconnais avoir reçu une brochure d'information.

Bayonne, le : ...../...../.....

Signature du patient ou de son représentant légal :