

	FORMULAIRE
	LIVRET D'ENTREE PATIENT CONSENTEMENT ECLAIRE ANESTHESIQUE <i>Information données par le Médecin Anesthésiste Réanimateur</i>

**A LIRE, A REMPLIR ET A SIGNER
 AVANT TOUT ACTE COMPORTANT UNE ANESTHESIE**

Je sollicite du Service de Chirurgie ou d'Endoscopie de la Clinique des Eaux Claires que soit(oient) réalisé(s) le ou les actes indiqués ci-dessous :

Actes :

.....

.....

Je demande que, à l'occasion de cet acte, l'anesthésie qui s'avérera la plus appropriée, dont les bénéfices et risques m'ont été exposés par le Docteur..... me soit administrée.

J'autorise toute modification de la technique anesthésique non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cet acte et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.

J'ai pris connaissance de la note d'information sur l'anesthésie et la transfusion.

J'autorise, si nécessaire, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins et les prélèvements des sérologies pré transfusionnelles.

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Signature du patient :