

## Consentement éclairé pour l'anesthésie.

*A lire attentivement par le patient ou son tuteur légal avant de signer.*

J'affirme qu'un médecin du service d'Anesthésie m'a informé(e) des avantages et des risques éventuels de la technique d'anesthésie qui m'est proposée et qui consiste en

\_\_\_\_\_ .

*J'ai eu l'occasion d'en discuter avec ce médecin et de lire le feuillet informatif. J'ai compris les informations données dans ce document. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires et estime avoir reçu des réponses satisfaisantes. Ce médecin m'a fourni ses coordonnées pour toute question ultérieure éventuelle. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant.*

En conséquence, je donne librement mon consentement pour l'anesthésie ou tout autre acte médical jugé nécessaire par les médecins du service d'Anesthésie.

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_