

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ anesthésie

Je, soussigné(e) .....

Adresse .....

.....

Nom : .....

ÉTIQUETTE PATIENT

Date de naissance: .....

Je donne mon accord à l'anesthésiste pour réaliser une anesthésie ou n'importe quel autre acte médical qui s'avère nécessaire.

- Je certifie avoir pu parler à un anesthésiste au cours de la procédure préopératoire.
- Je sais que, le jour de l'intervention, l'anesthésiste peut décider, après concertation avec le (la) patient(e), d'appliquer une autre technique d'anesthésie pour des raisons médicales.
- **Je sais qu'il est interdit de manger au moins 6 heures avant l'examen, l'intervention et/ou l'anesthésie (les boissons claires et non alcoolisées sont autorisées jusqu'à l'arrivée à l'hôpital).**
- Je certifie qu'il m'a été conseillé de cesser de fumer dès maintenant.
- Je sais que je dois enlever tous les bijoux, bagues, piercings, prothèses dentaires, lunettes, lentilles de contact et appareils auditifs avant l'intervention.
- Je sais que l'intervention peut éventuellement être reportée à une autre date en cas de force majeure.

## Complément pour les patients en hôpital de jour:

- Pendant la journée et la soirée de mon intervention, je ne conduirai aucun véhicule (voiture, vélomoteur, vélo), je ne commanderai pas de machines et je ne signerai aucun formulaire important.
- Je ne consommerai aucune boisson alcoolisée pendant la journée et la soirée du traitement.
- À la sortie de l'hôpital, un adulte viendra chercher mon enfant et une personne sera présente à domicile au cours du jour, le soir en la nuit de l'opération.
- Après la sortie de l'hôpital, j'ai la possibilité de contacter mon médecin traitant ou l'hôpital (par téléphone).
- J'accepte de passer éventuellement la nuit à l'hôpital ou d'effectuer un séjour prolongé à l'hôpital, si cela s'imposait pour des raisons médicales.
- Je *\*donne/ne donne pas* l'autorisation de transmettre mes données médicales au médecin traitant ou à son (sa) remplaçant(e). (*\*biffer la mention inutile*)

Technique d'anesthésie prévue :

- Anesthésie générale  
 Bloc neuraxial  
 Bloc nerveux périphérique

Technique antalgique :

- Analgésie intraveineuse contrôlée par le patient (PCIA)  
 Analgésie péridurale contrôlée par le patient (PCEA)  
 Bloc nerveux périphérique - analgésie single shot  
 Analgésie régionale contrôlée par le patient (PCRA) cathéter plexique

Autres :  .....  .....

*Ce questionnaire a été complété en âme et conscience.*

Date: ..... / ..... / .....

Nom du patient ou du représentant légal: .....

Le signataire est (*\*cocher ce qui s'applique*):

- le patient  
 le représentant légal, désigné par le patient<sup>1</sup>  
 l'administrateur/administratrice du patient<sup>2</sup>  
 le partenaire cohabitant  
 un enfant majeur  
 un parent  
 un(e) frère/sœur majeur(e)  
 un médecin<sup>3</sup>

Signature :

Date: ..... / ..... / .....

Nom/signature du médecin:

<sup>1</sup> En possession d'un mandat écrit

<sup>2</sup> Sait présenter une procuration du juge de paix

<sup>3</sup> En cas d'urgence ou faute d'un des précédents