

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT MAJEUR A L'ACTE D'ANESTHÉSIE

**ATTENTION : EN L'ABSENCE DES CONSENTEMENTS COMPLETES ET SIGNES VOUS NE POURREZ PAS  
ETRE PRIS EN CHARGE**

**Je soussigné(e),**

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom:..... Né(e) le : ...../...../.....

Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie avec le Dr : ..... le ...../...../.....

### **AU COURS DE CETTE CONSULTATION :**

**J'estime** avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie (locale, locorégionale, péridurale, rachianesthésie, générale) et consens à en bénéficier.

- J'accepte** la transfusion de sang, si celle-ci est nécessaire, ou l'apport de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste-réanimateur.
- Je m'oppose** à la transfusion sanguine qui m'est prescrite, je persiste et je signe, malgré les explications reçues. Je suis conscient que ce refus peut mettre ma santé et, ou ma vie en péril et que l'hôpital fera appel au Procureur de la république pour me transfuser en cas d'urgence et ou de risque vital.

**Je reconnais** avoir pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir compris les réponses qui m'ont été fournies concernant l'anesthésie envisagée.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'anesthésie dans les conditions ci-dessus.

**La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » :**

Le ...../...../.....

Signature :

Commentaires