

ACCORD POUR LA PROCEDURE
ANESTHESIQUE

Je soussigné(e)
déclare qu'au cours de la consultation d'anesthésie du
avec le Docteur.....que :

J'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles

J'ai bien compris les réponses fournies

*J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer
nécessaires pendant l'intervention*

*Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés
sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste*

*Un document concernant l'information médicale sur l'anesthésie m'a
été remis le jour de la consultation*

Date

Signature