



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ CHIRURGIE

Madame, Monsieur

Vous devez être hospitalisé(e) à la Clinique des Cèdres pour une intervention chirurgicale. Nous vous remercions de bien vouloir compléter et signer ce document. Il sera conservé dans votre dossier médical conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Concerne le patient M. Mme né(e) le

CONSULTATION PRE OPERATOIRE REALISEE PAR LE CHIRURGIEN

Je soussigné(e)

agissant pour moi-même ou en qualité de.....

Atteste avoir reçu de la part du Dr

toutes les informations nécessaires concernant l'intervention à savoir :

.....

Ces informations ont porté sur :

- les avantages attendus de l'intervention et sur les risques éventuels que j'encoure si je ne souhaite pas qu'elle soit réalisée
- les risques et complications possibles liés à l'intervention.

Elles m'ont permis de prendre ma décision et de donner mon accord pour que l'intervention soit pratiquée le à la Clinique des Cèdres.

Signature du patient
ou de son représentant :

Fait à
le

CONSULTATION PRE OPERATOIRE D'ANESTHESIE

J'atteste avoir reçu les informations nécessaires sur les techniques d'anesthésie et les risques éventuels, lors de la consultation pré opératoire réalisée le

par le médecin Anesthésiste, Dr

Elles m'ont permis de prendre ma décision et de donner mon accord pour l'anesthésie

Signature du patient
ou de son représentant :

Fait à
le

A ne remplir et signer qu'à l'issue de votre consultation d'anesthésie.