

## CONSENTEMENT ECLAIRE

### Document à ramener signé le jour de votre entrée

Saint Jean de Védas, le .....

Je soussigné ..... atteste avoir été reçu(e) par le Dr ....., en consultation d'anesthésie à la clinique Saint Jean, le.

Lors de cette consultation, le Dr ..... m'a informé(e) sur :

- mon état de santé et les conséquences sur la prise en charge anesthésique;
- les actes, interventions et traitements anesthésiques envisagés (différentes alternatives thérapeutiques) ;
- les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements anesthésiques (risques fréquents et risques graves) ;
- l'éventualité d'être pris en charge au bloc opératoire par un autre anesthésiste de l'équipe auquel il aura transmis mon dossier médical.

Le Dr ..... a également procédé à une « évaluation des bénéfices et des risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier pour l'intervention suivante ..... qui sera réalisée le ..... par .....

**J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées. J'ai informé l'anesthésiste de tous les traitements, allergies, antécédents me concernant.**

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le Dr ..... m'a également remis une documentation en me recommandant de la lire « à tête reposée ». Il m'a incité(e) à le recontacter, le cas échéant, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions,

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention ..... préconisée par le Dr ..... réalisée sous ALR

J'ai bien compris que la pandémie actuelle de COVID 19 impose à la population des risques accrus de contracter une maladie potentiellement grave et que toute sortie de mon domicile est un facteur aggravant. Mon médecin m'a bien expliqué les mesures de prévention qui sont mises en place pour les soins qui me sont proposés.

**Nous vous demandons de le rapporter signé lors de votre hospitalisation et de le donner à l'infirmière lors de votre entrée car il fait partie de votre dossier médical <article L111-4 du Code de Santé Publique> et à ce titre son absence peut amener à différer la réalisation de l'acte prévu.**

Date .....  
signature de  
M. ....  
ou de son représentant légal

Si vous prenez un traitement, nous vous demandons d'apporter avec vous vos médicaments pour les poursuivre pendant votre hospitalisation. A défaut, votre traitement sera poursuivi avec des médicaments identiques ou équivalents.