

Lors de ma consultation Anesthésique avec le Dr ..... :

Le document « Conseil pour l'Anesthésie » m'a été remis OUI NON

J'estime avoir été suffisamment informé oralement des risques  
de l'anesthésie OUI NON

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai  
bien compris les réponses qui m'ont été fournies OUI NON

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer  
nécessaires pendant l'intervention. OUI NON

Si cela est jugé nécessaire par le médecin Anesthésiste-  
Réanimateur, j'accepte la transfusion de sang ou de dérivés  
sanguins, OUI NON

Si cela est jugé nécessaire par le médecin Anesthésiste-  
Réanimateur, j'accepte le dépistage du HIV et des Hépatites  
B et C. OUI NON

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

Signature du patient :