

Réservé au personnel de AZ Maria Middelares
pour la vignette d'identification du patient.

Consentement éclairé pour l'anesthésie et suivi par le service d'anesthésie après l'opération.

À REMPLIR ET À SIGNER OBLIGATOIREMENT AVANT L'OPÉRATION.

Données d'identité du patient

Prénom et nom :

Date de naissance : / /

Données d'identité du représentant si le patient est mineur (< 18 ans) ou dans l'incapacité d'exprimer sa volonté

Prénom et nom :

Date de naissance : / /

Relation avec le patient : père / mère / tuteur (entourer)

Et

Prénom et nom :

Date de naissance : / /

Relation avec le patient : père / mère / tuteur (entourer)

Opération prévue :

Gauche / droite (entourer si applicable)

Médecin avec qui l'opération est convenue :

En signant ce document, j'accepte les points suivants :

Avant l'opération

- Je déclare avoir reçu la brochure d'information « En savoir plus sur l'anesthésie » à l'avance et en temps utile, et en avoir pris connaissance. Je connais le déroulement du traitement, y compris la préparation et les soins post-traitement, ainsi que l'inconfort qui s'ensuit.
- Je demande volontairement une anesthésie pour l'opération prévue. On m'a donné suffisamment de temps pour réfléchir et prendre une décision en connaissance de cause.
- J'ai déjà donné au médecin traitant mon consentement éclairé pour l'opération prévue.
- Je suis conscient(e) que l'administration d'une anesthésie comporte certains risques (présentation à partir de la page 15 de la brochure sur l'anesthésie). Je suis conscient(e) que l'énumération de contre-indications, risques et effets secondaires possibles ne peut jamais être exhaustive.
- Je comprends que les risques de l'anesthésie sont en partie déterminés par mon état de santé général ou par la gravité de l'opération. Je déclare avoir informé sincèrement le prestataire de soins de mon état de santé pré-existant et de mes antécédents médicaux, y compris l'utilisation de certains médicaments.
- Je sais que le non-respect des règles du jeûne ou de la médication à domicile peut augmenter les risques liés à l'anesthésie.
- Je sais que les incertitudes ou les questions peuvent être discutées à l'avance avec l'anesthésiste. J'ai eu l'occasion de poser des questions et le prestataire de soins y a répondu de façon adéquate et complète. J'ai bien compris ces réponses.

Après l'opération, à l'hôpital

- Je sais que le service d'anesthésie, en concertation avec le médecin traitant, est responsable du suivi du traitement de la douleur.
- Je sais que mes données médicales et les données des soins infirmiers, enregistrées lors de l'anesthésie et du séjour à l'hôpital, peuvent être utilisées de façon totalement anonyme pour des études médicales et des articles scientifiques.

Les premières 24 heures après l'opération, après avoir quitté l'hôpital

- Je ne conduis pas de voiture, de cyclomoteur ou de vélo et je n'utilise pas de machines dangereuses avant le lendemain de l'opération.
- Je ne bois pas d'alcool.
- Je veille à ce que quelqu'un soit présent dans mon entourage immédiat jusqu'au lendemain matin de l'opération.
- Je sais qu'il n'est pas recommandé de signer des documents de nature juridique ni de prendre des décisions importantes.

LA POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DE L'HÔPITAL PEUT ÊTRE CONSULTÉE SUR NOTRE SITE WEB

Commentaires éventuels du patient :

.....

.....

.....

Commentaires éventuels du prestataire de soins :

.....

.....

.....

Consentement de l'adulte en état d'exprimer sa volonté

Lu et approuvé (en toutes lettres)

Date : / /

Signature :

Consentement du représentant du mineur ou du patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté

M./Mme

(parent 1 / tuteur) (entourer)

Et

M./Mme

(parent 2) (facultatif)

Lu et approuvé (en toutes lettres)

Date : / /

Signature :