

HOPITAL PRIVE JEAN MERMOZ**DEPARTEMENT D'ANESTHESIE REANIMATION**

Cabinet de consultation, Immeuble « La rose des Vents » - 17, bât.B, rue Edouard Nieupart - 69008 LYON

Tél 04 81 11 1760/61 – Fax 04 81 11 17 62

Docteur Xavier BABIN	Docteur Aurélia JAVAULT
Docteur Nicolas CHOPIN	Docteur Hélène SENLIS
Docteur Laetitia GAMERRE	Docteur Nicolas SENS
Docteur Olivier GIRAUD	Docteur Florent SIGWALT
Docteur Sabrina GRANGER	Docteur Stéphane ZURCHER

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Ainsi que le médecin Anesthésiste-Réanimateur me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je soussigné(e)..... né(e) le

Confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations sur la technique anesthésique prévue pour l'intervention, dont je dois bénéficier.

J'ai été informé(e) de la possibilité : de complications graves, de séquelles possibles, des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, des réactions individuelles imprévisibles, d'un aléa thérapeutique. J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe (voir Document B), que je reconnais avoir reçue.

Je n'ai plus de questions et estime avoir été suffisamment informé(e). Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant, je donne par la présente, mon consentement à l'anesthésie prévue et accepte également les modifications éventuelles de la technique anesthésique qui se révéleraient nécessaires pour ma sécurité. Mon accord porte aussi sur une transfusion de sang ou d'autres dérivés sanguins si cela s'avérait nécessaire avant, pendant ou après l'anesthésie.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Médecin Anesthésiste réanimateur et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

Je suis informé que les médecins anesthésistes exercent en secteur 2.

Date de remise des documents

SIGNATURE par le patient (ou des parents si enfant mineur) précédée de la mention « lu, et approuvé et compris, j'accepte l'intervention »

Date de signature:

**A REMETTRE IMPERATIVEMENT AUX INFIRMIERES LE JOUR DE VOTRE
HOSPITALISATION**