

Etiquette patient

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :/...../.....

Intitulé de l'intervention :

.....

.....

.....

Date d'entrée :/...../.....

Nom de Praticien :

IMPORTANT

- ✓ Ce document doit être complété et signé pour que votre intervention puisse être réalisée.
- ✓ Si vous considérez que vous ne pouvez pas le valider, nous vous conseillons de reprendre contact avec votre Chirurgien et/ou votre Anesthésiste, avant votre date d'entrée, pour compléter les informations qui vous manquent sur votre intervention.
- ✓ Ce document doit être impérativement remis à l'Hôtesse d'accueil le jour de votre entrée.
- ✓ Ce document sera archivé dans votre dossier médical.

- Je soussigné..... atteste avoir reçu(e) lors des consultations individuelles pré-opératoires, les informations loyales et compréhensibles sur l'intervention, l'anesthésie, les éventuelles alternatives et les risques encourus.
- J'ai posé toutes les questions que j'estimais nécessaires et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.
- J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.



Je suis conscient, du fait de la pandémie actuelle au COVID-19, du risque infectieux éventuel en période péri-opératoire et souhaite néanmoins, du fait de mon état de santé, que mon intervention soit pratiquée.

- Je m'estime être désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée.

Fait à Le/...../.....

* Signature du patient, du Représentant légal ou du Tuteur

* Faire précéder de la mention manuscrite « lu, approuvé et compris »