

Votre enfant ou le majeur protégé que vous représentez, doit bénéficier d'une anesthésie dans le cadre de l'intervention médicale ou chirurgicale précisée ci-dessous.

Cette anesthésie peut être générale, locorégionale ou sous sédation.

Le choix de la technique sera fait par l'anesthésiste en fonction de l'état de santé de l'enfant, du type d'intervention, et après discussion avec vous.

Risques et effets secondaires potentiels :

Comme toute procédure médicale, l'anesthésie comporte des risques, bien que rares : réactions allergiques, difficultés respiratoires, nausées, vomissements, douleurs postopératoires, autres complications rares (troubles cardiaques, neurologiques, etc.).

L'équipe médicale mettra tout en œuvre pour limiter ces risques.

Droit à l'information et au refus :

Vous avez le droit de poser toutes vos questions à l'équipe médicale. Vous pouvez également refuser l'anesthésie, mais ce refus peut compromettre la réalisation de l'intervention prévue.

IDENTITE DU PATIENT

☐ Mineur ☐ Majeur protégé (Cocher la case correspondante)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de l'intervention :

Nom du chirurgien pratiquant l'intervention :

Date de l'intervention :

CONSENTEMENT

Je soussigné(e), [Nom et prénom du parent ou tuteur], _____, lors de mon entretien avec le Dr _____, médecin anesthésiste,

- ☐ certifie avoir reçu une information complète, compréhensible et adaptée sur l'anesthésie proposée
- ☐ ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je souhaitais
- ☐ donne mon consentement à la réalisation de l'anesthésie, dans les conditions présentées ci-dessus.
- ☐ accepte que le mineur ou le majeur protégé que je représente soit transfusé, si le médecin le juge nécessaire.
- ☐ refuse que l'enfant ou le majeur protégé soit transfusé, même en cas d'urgence.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du mineur ou majeur protégé : _____

Signature du parent ou représentant légal ou tuteur : _____

