Formulaire de consentement pour une intervention chirurgicale

LE/LA SOUSSIGNÉ(E) (prénom & nom) : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

- ❑ Je donne mon accord pour l'intervention/examen chirurgical(e) suivant(e) et j'autorise l'anesthésiste à pratiquer une anesthésie qu'il estime nécessaire :

  .....

  DATE: ..... / ..... / 201...

- ❑ Je donne mon accord pour que mon enfant mineur subisse l'intervention/examen chirurgical(e) suivant(e) et j'autorise l'anesthésiste à pratiquer une anesthésie qu'il estime nécessaire :

  .....

  DATE: ..... / ..... / 201...

1. Je confirme avoir reçu des informations suffisantes sur l'admission et l'intervention/examen et je m'engage à respecter les consignes et les engagements pris. Je confirme avoir reçu, lu et compris le dossier d'information 'Hospitalisation pour chirurgie'.
2. Je déclare avoir informé loyalement le spécialiste concernant mon état de santé actuel (ou celui de mon enfant). J'ai complété soigneusement le questionnaire préopératoire et le formulaire sur la Prise des médicaments à domicile, et j'ai compris toutes les questions.
3. Je m'engage à suivre rigoureusement les recommandations mentionnées ci-dessous et je déclare avoir été informé sur les risques liés au non-respect de celles-ci.
   a. Je dois (ou mon enfant doit) rester à jeun à partir de minuit avant l'opération : ne pas manger, boire ou fumer.

      Sauf si mon chirurgien/spécialiste traitant m' autorise explicitement (nom) : .....

      ○ à manger (quoi et à quelle heure) : .....
      ○ à boire (quoi et à quelle heure) : .....

   b. Je sais qu'il est interdit de conduire une véhicule (voiture, moto, vélo) ou de manipuler une machine durant les 24 heures qui suivent une anesthésie générale.
   c. Je sais qu'il est interdit de boire de l'alcool dans les 24 heures qui suivent une opération.
   d. Je prendrai uniquement les médicaments qui me sont spécifiquement prescrits par le spécialiste traitant.
   e. Je sais qu'il vaut mieux ne pas signer aucun document important ou ne pas prendre des décisions importantes durant les premières 24 heures qui suivent l'intervention.
4. J'accepte une éventuelle prolongation de mon hospitalisation si celle-ci s'avère nécessaire par suite des conditions imprévues.
5. Je confirme avoir reçu la possibilité de rencontrer l'anesthésiste avant l'opération lors d'une consultation préopératoire.

DATE:

SIGNATURE:

Regionaal Ziekenhuis
Heilig Hart Tienen vzw
Kliniekstraat 45
3300 Tienen

Campus Mariëndal
Kliniekstraat 45
3300 Tienen
016 80 90 11

Campus St.-Jan
Houtemstraat 115
3300 Tienen
016 80 30 11

Medisch Centrum Aarschot
Langdorpsesteenweg 129
3200 Aarschot
016 55 17 11