



Information préopératoire au patient (remplie par les médecins) :

Nom du patient :
Diagnostic :
Interprète :
Type d'opération :
Type d'anesthésie :

Matériel utilisé lors de l'entretien

- Notice
Ouvrage spécialisé
Notice jaune intitulée : « recommandation... »
Notice blanche intitulée : « formulaire d'information sur l'anesthésie »
Film / Vidéo / Photo
Modèle
Recommandations
Dessin / Esquisse
Autres :

Notes du médecin

(Particularités quant à la nécessité, à l'urgence du traitement, circonstances individuelles augmentant les risques, choix de la technique opératoire / anesthésique, élargissement du champ opératoire selon entente, demande de renseignements du patient, réponses concrètes à ses questions) :

Durée de l'entretien : minutes
Lieu :
Signature du médecin :
Date :
Durée de l'entretien : minutes
Lieu :
Signature du médecin anesthésiste :
Date :

Attestation d'entretien (remplie par le patient) :

Le docteur et moi-même avons eu un entretien.
J'ai reçu des informations détaillées sur l'opération
J'ai reçu des informations détaillées sur les extensions si elles s'avéraient nécessaires
Le docteur et moi-même avons eu un entretien.
J'ai reçu des recommandations et des informations détaillées sur l'anesthésie
J'ai reçu une information sur la transfusion de produits ou dérivés sanguins
J'accepte de recevoir du sang d'autrui selon les critères transfusionnels actuellement reconnus
Si "NON", motivations / explication
J'ai eu la possibilité de poser des questions, j'ai compris les explications et j'ai appris ce que je désirais savoir
J'ai besoin d'un temps de réflexion supplémentaire. Durée :
J'ai désigné un représentant thérapeutique
Si "OUI" : M Mme Mlle
J'ai des directives anticipées
J'ai autorisé la diffusion d'informations concernant mon état de santé à ma famille
Si oui, précisez la ou les personnes :
J'autorise la diffusion d'informations radiologiques nécessaires à la réalisation d'implants personnalisés par la compagnie
Remarques générales :
Par ma signature, j'accepte l'intervention et l'anesthésie proposée ainsi que les extensions discutées.
Lieu et date : Signature du patient / représentant légal :

