

CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL D'UROLOGIE VALLEE MANGA BELL DOUALA-BALI

TEL:(+237) 233 423 389 / 674 068 988 / 698 873 945 www.cmcu-cm.com

CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom / Pénom patient :	Date intervention :
Nom parent :	Type intrvention:
Adresse:	Type d'anesthésie :
Téléphone :	Chirugien:
Je déclare avoir reçu une information	claire sur les risques et bénéfices des techniques
d'anesthésies nour l'intervention prévue le	e (), lors de la consultation d'anesthésie du () Je suis
d'allestresies pour l'intervention prevue le	(), lors de la consultation d'allestresie du () de suis
conscient d'une possibilité d'un changement	nt de technique d'anesthésie au dernier moment selon
We all the second second second second	Books although the state of the land of the state of
l'evolution de mon état de sante ou de	l'acte chirurgical. Je suis conscient du changement
d'anesthésie avant l'intervention.	

Fait à Douala,

Signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention lu, approuvé et compris)