



CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom / Pénom patient :

Nom parent :

Adresse :

Téléphone :

Date intervention :

Type intervention :

Type d'anesthésie :

Chirurgien :

Je déclare avoir reçu une information claire sur les risques et bénéfices des techniques d'anesthésies pour l'intervention prévue le (), lors de la consultation d'anesthésie du () Je suis conscient d'une possibilité d'un changement de technique d'anesthésie au dernier moment selon l'évolution de mon état de santé 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)