

**ACCORD POUR LA PROCEDURE**  
**ANESTHESIQUE**

Je soussigné(e) .....  
déclare qu'au cours de la consultation d'anesthésie du .....  
avec le Docteur.....que :

*J'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie*

*J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles*

*J'ai bien compris les réponses fournies*

*J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer  
nécessaires pendant l'intervention*

*Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés  
sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste*

*Un document concernant l'information médicale sur l'anesthésie m'a  
été remis le jour de la consultation*

Date

Signature