



CONSENTEMENT ECLAIRE

DP.ENR.026

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

agissant pour mon propre compte ou à titre de responsable parental ou de tuteur de :
..... devant bénéficier le / / d'un acte opératoire dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire, certifiée avoir été informé(e) des obligations que je dois suivre dans le cadre de cette hospitalisation et confirme par cette déclaration que :

- ▶ Le patient **ne conduira pas** de véhicule jusqu'au lendemain matin ;
- ▶ Il n'existe **pas plus d'une heure de durée de transport** entre le domicile où va résider l'opéré et la plus proche structure de soins ;
- ▶ Il existe à ce domicile **un accès au réseau téléphonique** ;
- ▶ **Un adulte** valide et responsable **restera en permanence auprès du patient jusqu'au lendemain** de l'intervention de façon à pouvoir alerter les secours en cas de besoin ;
- ▶ Les consignes générales de **jeûne**, de **prise de vos médicaments** et les conditions de préparation cutanée éventuelles pour l'intervention seront respectées.

Je m'engage à respecter ces consignes pour ma sécurité ou celle du patient dont j'ai la charge.

Le

Signature précédée de la mention

« Lu et Approuvé »

Mode d'utilisation :

Ce document est non dissociable du dossier médical. Il doit être signé lors de la consultation avec l'opérateur, signature sans laquelle la pré-admission ne peut être faite.

Une deuxième vérification est faite par l'infirmière lors de l'entrée (si le document n'est pas remis signé, elle prévient le médecin référent).