



Clinique Saint Faron
GROUPE SAINT GATIEN

CONSETEMENT ECLAIRE, AUTORISATION ACTE MEDICAL ET INTERVENTIONNEL CHEZ UNE PERSONNE MAJEURE

DP.ENR.026.02

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

agissant pour mon propre compte, devant bénéficier le / / d'un acte opératoire dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire. Je certifie 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.

Date : 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).