



Groupe Hospitalier
Saint Vincent



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À UNE ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

En vertu de l'article L1111 - 2 du Code de Santé Publique, l'Equipe d'Anesthésie vous demande de bien vouloir signer le formulaire ci-dessous :

Je soussignée

Nom

Nom de jeune fille

Prénoms.....

Date de naissance

Adresse

.....

atteste avoir pris connaissance sur le site internet de la maternité

www.maternite-sainte-anne.org/anesthesie-obstetricale

de l'information médicale sur l'anesthésie obstétricale et ses différentes modalités

(anesthésie péridurale, la rachianesthésie, anesthésie générale) ainsi que sur la transfusion sanguine .

Fait à Le

Signature de la patiente 



PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. *Cette désignation n'est pas une obligation, c'est une décision qui doit être bien réfléchie*, qui se fait par écrit et peut être annulée à tout moment. *Elle est valable pour toute la durée de l'hospitalisation*. Il vous revient d'informer la personne que vous avez choisie et d'obtenir son accord. Cette personne pourra, si vous en faites

la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits. L'établissement s'engage si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté à consulter votre personne de confiance pour avoir des indications sur votre façon de voir les choses et les décisions que vous souhaiteriez prendre pour vos soins. Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques. L'avis de la personne de confiance est consultatif.

FICHE DE DÉSIGNATION

Je soussignée

Nom.....*Nom de jeune fille*.....

Prénoms

Date et lieu de naissance

Adresse

Téléphone *Email*

souhaite désigner comme personne de confiance :

Madame *Monsieur*

Nom

Prénom..... *Date de naissance*

Adresse

Téléphone *Email*

Cette personne de confiance légalement capable est :

un proche *un parent* *mon médecin traitant*

J'ai été informée que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation. Je m'engage à informer la personne de confiance que j'ai désignée.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Ai rédigé des DIRECTIVES ANTICIPEES : oui non

Si oui, elles sont consignées :

Exploitation anonyme des données à des fins statistiques : Dans le cadre d'audits qualitatifs le dossier patient peut être consulté :

je donne mon accord oui non

Fait à le

Signature de la patiente



Signature de la
personne de confiance



La patiente n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance, attesté par le professionnel de santé :