CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Je soussigné(e), *Nom :* ……

Prénom :……

Date de naissance : ……

agissant pour mon propre compte ou au titre de responsable parental ou de tuteur de : ……..devant bénéficier le ……. d'un acte opératoire dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire,

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 à un réseau téléphonique.
- Un adulte valide et responsable restera en permanence auprès du patient jusqu'au lendemain de façon à pouvoir alerter les secours en cas de besoin.
- Les consignes générales de jeûne (ne pas boire, ne pas manger et ne pas fumer), 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 »)

<u>Mode d'utilisation :</u>

Document non dissociable du dossier bleu. Il doit être signé lors de la consultation avec l'opérateur, signature sans laquelle la préadmission ne peut être faite.

Une 2ème vérification est faite par l'infirmière lors de l'hospitalisation (si le document n'est pas remis signé, elle prévient le médecin référent)