



Consentement à la sédation

Consentement au traitement sous sédation minimale ou modérée:

Je, _____, soussigné, consens par la présente à la ou aux procédures et à l'anesthésie mentionnées ci-dessus. Je reconnais que la (les) procédure (s), ses implications et ses complications possibles ainsi que les alternatives m'ont été expliquées, y compris l'absence de traitement. Je comprends que les procédures nécessiteront une sédation minimale ou modérée, et je consens à l'administration de celle-ci par le praticien susmentionné. Je comprends également qu'au cours de tout traitement, des circonstances imprévues peuvent survenir qui rendent souhaitable une procédure supplémentaire ou alternative. Je consens également à ce que ces procédures supplémentaires ou alternatives raisonnables soient effectuées sur moi.

Nom (en caractères d'imprimerie): _____

Signature : _____

Date : _____

- Patient
- Parent ou représentant légalement autorisé

Je reconnais avoir reçu une (des) copie (s) des instructions pré- et postopératoires, qui m'ont été expliquées. Je comprends tous les conseils que me donne mon chirurgien. Après ma sortie, j'informerai mon chirurgien si je ressens une douleur aiguë, des saignements abondants du site chirurgical, des problèmes respiratoires ou tout autre problème postopératoire.

Signature : _____

Date : _____

- Patient
- Parent ou représentant légalement autorisé