



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À UNE ANALGÉSIE PÉRIDURALE ET À UNE CÉSARIENNE ÉVENTUELLE

Articles L.1111-2 et L.1111-4 du code de la santé publique. Ce document est à remettre signé au secrétariat avant l'intervention.

Je soussigné(e) LEFÈVRE Inès, née le 28/08/1981,

reconnais avoir été informé(e) de manière claire, loyale et appropriée par le Dr Gilbert Klein de la nature de l'acte qui m'est proposé :

Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
Date prévue de l'intervention : 18/06/2025

J'ai été informé(e) du déroulement de l'intervention, de ses bénéfices attendus, des alternatives thérapeutiques et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles, notamment infectieux, hémorragiques, thrombo-emboliques et anesthésiques. J'ai reçu une fiche d'information écrite et j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

Je sais que je peux revenir sur ma décision à tout moment avant l'intervention. J'autorise l'équipe à réaliser tout acte complémentaire rendu nécessaire par une découverte ou une complication peropératoire, dans mon intérêt.

☒ J'ai lu et compris les informations ci-dessus. ☒ J'accepte la réalisation de l'acte.

Le patient

Fait à Niort, le 11/06/2025

Mention « lu et approuvé » :

Lu et approuvé

Le praticien

Dr Gilbert KLEIN

certifie avoir délivré l'information ci-dessus.