

AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTION

Je soussigné, M^r [REDACTED]
 Mme [REDACTED]
 né(e) le

- Certifie avoir été informé par le Docteur, NOM : [REDACTED] Signature
des soins que l'état de santé du patient nécessite et déclare autoriser ces soins.

Date : 22/08/2016
Signature [REDACTED]

- Autorise l'intervention chirurgicale

prévue le : 30/08/2016
Date : 22/08/2016
Signature [REDACTED]

* sous Anesthésie Générale Oui ou Non
* sous Anesthésie Locale Oui ou Non
* sous Anesthésie Locorégionale Oui ou Non

Date : 22/08/2016
Signature [REDACTED]

- Souhaite être informé après l'intervention des transfusions sanguines qui ont été éventuellement effectuées.

Date : 22/08/2016 Professeur PORTIER Guillaume
 Chirurgien des Hôpitaux
Signature SHU TOULOUSE - Hôpital PURPAN
 TSA 40031
 31059 TOULOUSE Cedex 9
 N° RPPS : 10002906518