



POLE PARENT ENFANT  
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

## CHIRURGIE AMBULATOIRE

Chef de Pôle

Pr Eustase JANKY

Chef de Service

Pr Philippe KADHEL

Chefs de Clinique

Dr Daphné BORJA de MOZOTA

Dr Ali GHASSANI

Assistants Spécialisés

Dr Maité SMAIL

Dr Pierre-Humbert HAYOT

Praticiens Hospitaliers

Dr Tony CUIRASSIER

Dr Maurice MANOUANA

Dr Catherine RYAN

Dr Catherine MORINIÈRE

Dr Charlotte SENECHAL

Dr Xavier LEGROS

Dr Teddy TOTO

Pédiatre

Dr Mama Doufary DIALLO-CAMARA

Attachée Echographie

Dr Sylvia LUREL

Médecins Biologistes

Dr Guillaume JOGUET

Dr Nadia PRISANT

Attachée en AMP

Dr Sylvia LUREL

Cadre Administratif de Pôle

Mme Céline STRALKA-SEJOR

Sage-Femme Cadre Supérieur

Mme Marie-Claude PANOL

Cadre Sage-Femme

Mme Myriam ATINE

Assistant Social

Mr Patrick ANYLA

Psychologue

Mme Carole BORES

# Lettre de consentement

J'accepte de bénéficier du régime d'hospitalisation ambulatoire qui m'a été proposé à l'occasion de mon intervention chirurgicale

Je soussigné(e) .....certifie

- m'engager à prendre connaissance de toutes les informations contenues dans le passeport ambulatoire qui m'est remis à la sortie de la consultation chirurgicale
- m'engager à suivre toutes les directives médicales et paramédicales qui me sont données pour cette hospitalisation :
  - respect du jeûne, des mesures d'hygiène et de toutes les consignes avant l'intervention
  - respect des directives médicales après l'intervention et notamment dans les 24 heures qui suivent l'intervention : ne pas conduire un véhicule ou une machine potentiellement dangereuse, ne pas boire d'alcool, ne pas prendre de décision pouvant engager ma responsabilité
- Lors de ma sortie d'hospitalisation, je serai accompagné(e) d'un adulte responsable jusqu'à mon lieu de résidence
- je dispose d'un téléphone pour appeler ou faire appeler, en cas de besoin, **le service de gynécologie 0590891371 ou les urgences Maternité 0590891372**
- je m'engage à ne pas quitter l'hôpital sans avoir reçu un accord médical
- je donne mon accord pour rester hospitalisé (e) en cas de nécessité médicale

Lu et approuvé

Date :

Signature :