



**AUTORISATION D'OPÉRER D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS
D'UN PATIENT MINEUR
(OU MAJEUR PROTÉGÉ / SOUS TUTELLE)**

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :
 Adresse :

 Médecin en charge de l'hospitalisation :
Date d'hospitalisation :

ACTE D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

Les actes non usuels sont l'hospitalisation prolongée, les actes invasifs tels que l'anesthésie, l'intervention chirurgicale.

Les actes usuels sont des soins tels que la surveillance clinique, les soins d'hygiène et de confort, l'auscultation, pose de cathéter, prise de sang, l'administration des médicaments, des examens biologiques, examens d'imagerie...

Déclare / Déclarons avoir échangé avec le(s) praticien(s) et reçu une information sur les bénéfices et risques potentiels liés à ces actes.

Autorise / autorisons l'acte d'opérer

Autorise / autorisons l'anesthésie

Autorise / autorisons les soins

IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU TUTEUR AUTORISANT L'OPÉRATION, L'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°1	TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°2	TUTEUR
Nom :	Nom :	Nom :
Nom de naissance :	Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien parental :	Lien parental :	
Fait le :	Fait le :	Date de l'ordonnance du juge des tutelles nommant le tuteur :
À :	À :	Je reconnais avoir été informé(e) et donner mon accord à l'hospitalisation prochaine du majeur dont j'assume la tutelle désignée ci-dessus.
Signature : 	Signature : 	Fait le :
Signature OBLIGATOIRE des 2 parents pour un mineur + Photocopie des 2 pièces d'identités		À :
		Signature : 

Dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice. Si le titulaire de l'autorité parentale (ou le tuteur) est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité. Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.



**AUTORISATION D'OPÉRER D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS
D'UN PATIENT MINEUR
(OU MAJEUR PROTÉGÉ / SOUS TUTELLE)**

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ (SI APPLICABLE)

Tout acte médical ou paramédical (anesthésie, chirurgie, traitements, soins) nécessite **obligatoirement** le recueil de votre consentement éclairé, c'est-à-dire après avoir été informé(e) par les praticiens des bénéfices, risques, degré d'urgence et des conditions éventuelles de réalisation de cet acte dans les meilleures conditions de sécurité. Pour un enfant mineur ou un majeur protégé, une autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père et mère ou tuteur légal. Ainsi nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées ou durant votre admission aux urgences.

Vous êtes la personne subissant l'intervention recevant les soins :

► Je soussigné(e),

Nom et Prénom :

Déclare accepter les soins proposés après avoir échangé avec le praticien et l'anesthésiste et reçu les informations sur les bénéfices et risques potentiels.

Signature du mineur ou majeur protégé :

.....

REMISE DE L'AUTORITÉ A UNE TIERCE PERSONNE

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse.....Télé

phone Domicile :Téléphone portable :

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis

Fait le : A :

Signatures :

Titulaire de l'autorité parentale n°1

Titulaire de l'autorité parentale n°2

Tuteur

.....

.....

.....