

AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Patient mineur ou patient majeur sous tutelle

Document concernant l'enfant ou le majeur sous tutelle (*Nom, Prénom*):
Né(e) le : / / Entrant à la Clinique Saint François le : / /

1° AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR (OU MAJEUR SOUS TUTELLE)

Conformément à article 372-2 du code civil et à l'article 42 du code de déontologie

Je soussigné, certifie être représentant légal de l'enfant (ou majeur sous tutelle) désigné ci-dessus, autorise l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique Saint François à l'opérer et anesthésier et à pratiquer les actes liés à son intervention. et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père	Mère	Tuteur
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
☎ domicile :	☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :	☎ portable :
Date : ... / ... /	Date : ... / ... /	Date : ... / ... /
Signature :	Signature :	Signature :

A compléter en cas d'absence de signature de l'un des titulaires de l'autorité parentale :

- J'atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale
- J'atteste sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées et n'avoir plus aucun contact avec l'autre parent me permettant de lui remettre et lui faire signer le présent document

Je confirme être informé(e) qu'hors situations renseignées ci-dessus, qu'en absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention, en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de l'état de santé à court ou moyen terme, ne pourra avoir lieu.

Nom, Prénom: Signature:

2° CONSENTEMENT DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE OU MINEUR **apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision**

L'article L 1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »

Je soussigné(e)(nom, prénom)..... Né(e)le :

Certifie avoir été suffisamment informé des avantages mais aussi des risques de l'intervention proposée.

J'autorise le docteur.....ou un autre spécialiste de la Clinique Saint François à m'opérer, à m'anesthésier et à pratiquer les actes liés à l'intervention.

Date : / / Signature :

3° AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR à l'autorité parentale à la sortie de l'hospitalisation

Nous soussignons Monsieur :, Madame : représentants légaux de l'enfant désigné sur le présent document, certifions qu'à sa sortie de la Clinique Saint François, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux ou à un tiers désigné ci-dessous (**sa pièce d'identité** lui sera demandée pour la restitution).

En l'absence de signatures, la présence des deux parents peut être requise dans certains cas.

Le : ... / ... /

Signatures :

Tiers (le cas échéant)

Nom : Prénom :

☎ domicile :

☎ portable :