

AUTORISATION DE SOINS ET/OU D'OPERER

☐ **PATIENT MINEUR**

☐ **MAJEUR SOUS TUTELLE : la personne protégée n'est pas en capacité de prendre seule sa décision**

Je(nous) soussigné(s)

Qualité	Nom / prénom	Tél
☐ Mère		
☐ Père		
☐ Tuteur		

Représentant(s) légal(aux) ☐ du mineur ☐ du majeur sous tutelle

Identité du mineur / majeur sous tutelle, la personne n'est pas en capacité de prendre seule sa décision

Nom :

Prénom : Né(e) le

Reconnaissons avoir reçu les informations nécessaires concernant l'intervention chirurgicale dont il doit bénéficier :

- Nature de l'intervention :
- Date : Nom du chirurgien :

Ces informations ont porté sur les avantages attendus de cette intervention, les risques éventuels si elle n'est pas réalisée, ainsi que sur les risques et complications possibles liés à l'intervention et à la prise en charge anesthésique.

Autorisons l'équipe médico-chirurgicale :

- Ⓢ à pratiquer tous les examens et soins médicaux et paramédicaux nécessaires à l'état de santé de notre enfant / la personne sous tutelle
- Ⓢ à l'opérer ⁽¹⁾ et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à sa prise en charge anesthésique
- Ⓢ à organiser son transfert vers un autre établissement, nécessité par son état de santé.

Signature des représentants légaux ⁽¹⁾		Signature du tuteur
Père :	Mère :	Tuteur
Date :	Date :	Date :

⁽¹⁾ **Sauf SITUATION D'URGENCE ou SITUATION PARTICULIÈRE** ⁽²⁾

les actes invasifs tels l'anesthésie et l'opération chirurgicale nécessitent la signature des 2 parents lorsque l'autorité parentale est conjointe même en cas de séparation.

En cas d'éloignement d'un parent, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax au **04.56.58.11.25** ou mail **facturation@cliniquedescedres.com**



Attention

EN CAS DE NON SIGNATURE PAR LES DEUX PARENTS
L'ADMISSION DE VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ÊTRE ACCEPTÉE

⁽²⁾ SITUATION PARTICULIÈRE :

Je soussigné(e) M. Mme
atteste que la signature des deux parents ne peut pas être recueillie pour le motif suivant :

- | | |
|---|---|
| ☐ Adresse et n° téléphone inconnus | ☐ Parent décédé |
| ☐ Privation des droits parentaux | ☐ Parent hors d'état de s'exprimer |

Date

Signature

En cas de signature manquante à l'admission :

- ☐ Tentative de joindre le parent infructueuse
- ☐ Le parent a été contacté et a donné son autorisation par téléphone :

Date et heure de l'appel : leà.....

Nom, prénom et qualité de l'appelant :

Signature :

Commentaires :
.....
.....
.....

IMPORTANT ! pour tout séjour en Ambulatoire d'un patient MINEUR ou d'un MAJEUR SOUS TUTELLE, la présence d'un accompagnant est nécessaire durant l'hospitalisation.