

Fiche 4

Autorisation de soins et/ou d'opérer

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
<input type="checkbox"/> Mère		
<input type="checkbox"/> Père		
<input type="checkbox"/> 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 :

