

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 :

IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU TUTEUR

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 :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :	Téléphone portable :
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 : 

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ (SI APPLICABLE)

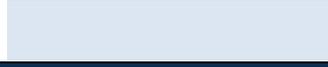
Tout acte médical ou paramédical (anesthésie, chirurgie, traitements, soins) nécessite **obligatoirement** le recueil de votre consentement éclairé, c'est-à-dire après avoir été informé(e) par les praticiens des bénéfices, risques, degré d'urgence et des conditions éventuelles de réalisation de cet acte 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 :

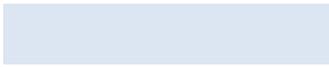
Déclare accepter les soins proposés après avoir échangé avec le praticien et l'anesthésiste et reçu les informations sur les bénéfices et risques potentiels.

Signature du mineur ou majeur protégé : 

AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

L'intervention concerne un enfant mineur dont vous êtes détenteur de l'autorité parentale ou un majeur dont vous exercez la mesure de protection (identifié ci-dessus). 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.

Déclare autoriser les soins proposés sur la personne nommée ci-dessus, après avoir échangé avec le(s) praticien(s) et reçu une information sur les bénéfices et risques potentiels.

Signatures : Père :  Mère :  Tuteur : 

Ce document doit être impérativement signé par le détenteur de l'autorité parentale et remis à l'établissement au plus tard le jour de l'hospitalisation du patient mineur.

MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER