

Autorisation d'opérer un patient mineur ou majeur sous-tutelle

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Civilité : Mme M.

Nom d'usage : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Je soussigné(e), certifie être le représentant légal de l'enfant mineur ou majeur sous tutelle désigné ci-dessus et autorise l'équipe médicale de l'Hôpital Privé de Vitry

à pratiquer l'intervention suivante :
et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

PÈRE

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

L'article 372-2 du code civil apporte les précisions suivantes :

- Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux.
- L'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés ou vivant en commun.
- Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne d'un enfant (acte médical bénin).

En cas d'intervention médical grave le consentement des deux parents est requis.

- En cas de désaccord entre les parents, le médecin doit saisir le juge des affaires familiales ou en cas d'urgence M. le procureur de la république.
- Pour les adultes sous tutelle, il faut obtenir le consentement direct (le faire signer) et le consentement du tuteur légal.

L'article 42 du code de déontologie précise les obligations des médecins à l'égard d'un patient mineur ou majeur protégé.

- L'intérêt thérapeutique est toujours supérieur à l'intérêt privé (consentement) ;
- Le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement ;
- En cas d'urgence, s'ils ne peuvent être joints, il doit donner les soins nécessaires.

MAJEUR SOUS TUTELLE OU MINEUR APTÉ 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 d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

certifie :

- Avoir clairement été informé(e) de la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme ;
- Avoir eu la possibilité de poser des questions, les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

et :

- Atteste avoir donné par écrit le consentement éclairé pour mon intervention au chirurgien et à l'anesthésiste :
 Oui Non
- Donne mon autorisation pour m'opérer, faire tous les examens complémentaires et toutes anesthésies qui seront jugées nécessaires au cours de mon séjour : Oui Non
- Mandate également l'Hôpital Privé de Vitry – Site les Noriets pour acquérir pour mon compte et en cas de besoin la prothèse prescrite par mon chirurgien et nécessaire à mon intervention chirurgicale : Oui Non

Date : Signature :

AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR À L'AUTORITÉ PARENTALE À LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION

Nous soussignons les représentants légaux de l'enfant désigné au recto du présent document certifions qu'à sa sortie de la clinique, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux.

PÈRE

Signature :

Date :

MÈRE

Signature :

Date :

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