

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET AUTORISATION

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre Clinique pour votre séjour et nous vous en remercions. Tout acte médical (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.

ETIQUETTE

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Vous êtes la personne subissant l'intervention ou 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.

Date : Signature :

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 :

Nom et Prénom de l'enfant ou du majeur protégé :

Date de naissance :

Signataire(s) : La signature des 2 parents est OBLIGATOIRE pour l'enfant mineur :

Dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice. Si un des deux parents est éloigné vous pouvez transmettre ce document signé par courrier. Les signataires attestent que leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limitée par une décision de justice et certifient exacts les renseignements fournis.

- ☐ Père (nom, prénom, date de naissance) n° Tél. :
- Domicilié : n° Tél. :
- ☐ Mère (nom, prénom, date de naissance) n° Tél. :
- Domicilié : n° Tél. :
- ☐ Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance) n° Tél. :
- Domicilié : n° Tél. :
- ☐ Tuteur du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance) n° Tél. :
- Domicilié : n° Tél. :

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

Date :

Signature des deux parents obligatoire pour un mineur :

Père :

Mère :

Tuteur :