



DOCUMENT CONCERNANT :

Etiquette :

1°) CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR (ou majeur protégé)

l'article L 1111-4 de la loi n°2002-303 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), M Mme Mlle :

Né(e) le :/...../.....

Certifie avoir été suffisamment informé des avantages mais aussi des risques de l'intervention proposée.

J'autorise le Docteur..... Ou un autre spécialiste de la
Polyclinique de la Thiérache à m'opérer de

**2°) AUTORISATION D'OPERER ET D'ANESTHESIER UN PATIENT MINEUR
(ou majeur protégé)**

* **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
- L'anesthésie ne faisant pas partie des actes médicaux bénins la signature des deux parents est obligatoire (hors le cas où l'un des deux parents ne bénéficie plus de son autorité parentale)
- Pour les adultes sous tutelle il faut obtenir le consentement direct et le consentement du tuteur légal.
- 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.

Je soussigné(e), M Mme Mlle :

certifie être le représentant légal de l'enfant désigné ci-dessus, autorise l'équipe médicochirurgicale de la
Polyclinique de la Thiérache à l'opérer de :

Et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père*

Nom :
Prénom :

Tél :

Date :/...../.....

Signature :

Mère*

Nom :
Prénom :

Tél :

Date :/...../.....

Signature :

Tuteur (le cas échéant)

Nom :
Prénom :

Tél :

Date :/...../.....

Signature :