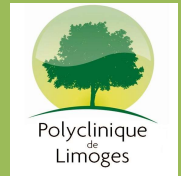


FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MAJEUR PROTEGE

Version 2- 07/01/2019



Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance : / /

Document à rapporter le jour de la préadmission

Je soussigné(e) Mme , Mr. *en qualité de Tuteur légal (1), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et autorise l'équipe médico-chirurgicale à opérer de :
..... et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à la prise en charge anesthésique.

* cochez l'information juste

AUTORISATION DE SORTIE D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE AVEC SON TUTEUR

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr.* _____ tuteur de la personne désignée ci-dessus, certifie de la prendre en charge à sa sortie de la Polyclinique.

Date : __ / __ / ____

Signature :

* Rayez les mentions inutiles

(1) 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 (si les parents sont divorcés, une copie du jugement de divorce doit être fournie à l'établissement).
- 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.
- 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).
- En cas d'urgence, s'ils ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Document à rapporter, signé, impérativement le jour de l'intervention. En l'absence de ce document, l'admission ne sera pas possible. A conserver dans le dossier