

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERER UN MAJEUR PROTEGE

Version 3. 13/09/2021



Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

**DOCUMENT A RAPPORTER LE JOUR DE LA
PREADMISSION**

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

Autorisation de sortie d'hospitalisation d'un majeur sous tutelle

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

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

Signature :

(1) L'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique apporte les précisions suivantes :

- « Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer
sa volonté et à
participer à la décision. »

L'article R.4127-42 du Code de la Santé Publique apporte les précisions suivantes :

- « un médecin appelé à donner des soins à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir son
représentant légal et
d'obtenir son consentement. »

- « En cas d'urgence, même si le tuteur ne peut pas être joint, 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.