



AUTORISATION OPERER, D'ANESTHESIE OU DE SOINS

Etiquette patient

A RAPPORTER, COMPLETE ET SIGNE LE JOUR DL'HOSPITALISATION

photocopie de la carte d'identité des deux parents ou du tuteur, jugement de tutelle en cas de majeur protégé, et décision de justice de l'accompagnant ou du mineur se disant émancipé.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Une exploration médicale ou un traitement invasif sont envisagés pour votre enfant, ou une personne placée sous votre tutelle.

Après avoir été informé par le Dr.....nous vous remercions de bien vouloir signer l'autorisation d'opérer et d'anesthésier, par lequel vous reconnaissez :

Avoir été bien informé des investigations et des traitements envisagés, de leur utilité, de leur urgence éventuelle, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que des autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Je soussigné (e), Mme, Mr (NOM, Prénom), agissant en qualité de :

- Père ☎ : ____/____/____/____/____/
- Mère ☎ : ____/____/____/____/____/
- Tuteur ayant autorité parentale ☎ : ____/____/____/____/____/
- Représentant légal du majeur protégé ☎ : ____/____/____/____/____/

Déclare autoriser, le chirurgien Drdu centre hospitalier de Briançon à pratiquer l'acte* : intitulé de l'acteréalisé le ____/____/____ sur la personne de :

- Mon enfant mineur (NOM, Prénom) : né(e) le ____/____/____, dont je suis détenteur de l'autorité parentale
- M. ou Mme né(e) le ____/____/____, majeur protégé dont je suis le représentant.

**Une intervention chirurgicale ou endoscopique, sous anesthésie et tout acte nécessaire en cas d'urgence.*

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Tuteur,

Père,

Mère,

Date : ____/____/____

Date : ____/____/____

Date : ____/____/____