

 CAP SANTÉ GROUPE PRIVÉ RÉGIONAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	Polyclinique Pasteur; Polyclinique des 3 Vallées; Clinique Saint-Louis; Clinique Saint Jean	Processus : P05. Droits des Patients
Date de mise à jour : 15/07/2024	Consentement Autorisation d'opérer un patient mineur	Référence : Consentement P05.950
Version : V5.145		Page 1 sur 1

Etat du document : Approuvé en date du 15/07/2024 - Validé par la cellule qualité GDR en date du 15/07/2024

☐ Intervention médicale non urgente (autorisation des 2 parents)
 ☐ Acte médical usuel (autorisation d'1 des 2 parents)
 ☐ Intervention chirurgicale en urgence (autorisation d'1 des 2 parents)

↶ Partie à remplir par le médecin

Je soussigné(e) :

Indiquer si l'un des 2 titulaires de l'autorité parentale ne peut être présent physiquement.

- Père (Nom, Prénom) : Tel :
- Mère (Nom, Prénom) : Tel :
- Tuteur (Nom, Prénom) : Tel :

Autorise l'intervention médicale par le Dr sur l'enfant :

Nom : Prénom

Né(e) le :

Je déclare avoir reçu du Dr des informations détaillées sur :

- L'hospitalisation prévue :
- L'intervention prévue :
- Les suites opératoires habituelles
- Les complications possibles

**En cas d'acte médical usuel et de la présence de seulement un des deux titulaires de l'autorité parentale, le parent présent doit réécrire la phrase suivante : « Je (Père ou mère) m'engage à prévenir le parent absent de l'hospitalisation de notre enfant dans les meilleurs délais et déclare ne pas avoir connaissance de son refus quant à la réalisation de l'acte médical »*

.....
.....
.....

Fait à le

SIGNATURES DES PARENTS

Père	Mère	Tuteur
------	------	--------

ENFANT

Je soussigné(e), Nom Prénom

Déclare avoir été informé (e) de la nécessité d'une intervention médicale et donne mon accord pour cette intervention.

Fait à le **SIGNATURE :**