

	Polyclinique Pasteur; Polyclinique des 3 Vallées; Clinique Saint-Louis; Clinique Saint Jean	Processus : P05. Droits des Patients
Date de mise à jour : 11/05/2023	Formulaire Autorisation d'opérer un patient majeur incapable	Référence : Formulaire P05.4252
Version : V3.78		Page 1 sur 1
<i>Etat du document : Approuvé en date du 11/05/2023 – Validé par la cellule qualité GDR en date du 11/05/2023</i>		
Etablissement concerné :		

Je soussigné(e) :

- Tuteur (nom, prénom) :

ou

- Curateur (nom, prénom) :

Tuteur *ou* curateur exerçant une mesure de représentation de la personne de :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :

Atteste par la présente avoir été dument informé de la nature de l'acte médical projeté par l'équipe médicale et :

- ☐ Autoriser l'intervention médicale
- ☐ Refuser le principe de l'intervention médicale

Fait à le

SIGNATURE du tuteur précédée de la mention « lu et approuvé »

PATIENT

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 :**