

MAJEUR SOUS TUTELLE OU MINEUR APTÉ À EXPRIMER SA VOLONTÉ ET À PARTICIPER À LA DÉCISION

L'article L 1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise :

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

Je soussigné(e),

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

certifie :

- Avoir clairement été informé(e) de la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme ;
- Avoir eu la possibilité de poser des questions, les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

et :

- Atteste avoir donné par écrit le consentement éclairé pour mon intervention au chirurgien et à l'anesthésiste :
 Oui Non
- Donne mon autorisation pour m'opérer, faire tous les examens complémentaires et toutes anesthésies qui seront jugées nécessaires au cours de mon séjour : Oui Non
- Mandate également l'Hôpital Privé de Vitry pour acquérir pour mon compte et en cas de besoin la prothèse prescrite par mon chirurgien et nécessaire à mon intervention chirurgicale : Oui Non

Date : Signature :

AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR À L'AUTORITÉ PARENTALE À LA SORTIE DE L'HOSPITALISATION

Nous soussignons les représentants légaux de l'enfant désigné au recto du présent document certifions qu'à sa sortie de la clinique, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux.

PÈRE

Signature :

Date :

MÈRE

Signature :

Date :

En l'absence de signatures, la présence des deux parents peut être requise dans certains cas.