

ETIQUETTE PATIENT

**NOM DU PRATICIEN :** .....

**DATE DE L'INTERVENTION :** .....

**DATE D'ENTRÉE :** .....

### 1 - AUTORISATION D'OPÉRER UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

*Je certifie être représentant légal de la personne désignée ci-dessus et autorise l'équipe médicochirurgicale du GCS CLINIQUE DU TER, à opérer, à anesthésier et à pratiquer les actes liés à l'opération de :*

*.....  
et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.*

### SIGNATURE OBLIGATOIRE DES 2 PARENTS SINON INTERVENTION ANNULÉE

#### PÈRE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL. DOMICILE : .....

TÉL. PORTABLE : .....

DATE DE NAISSANCE : .... / .... / .....

SIGNATURE :

#### MÈRE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL. DOMICILE : .....

TÉL. PORTABLE : .....

DATE DE NAISSANCE : .... / .... / .....

SIGNATURE :

#### TUTEUR

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉL. DOMICILE : .....

TÉL. PORTABLE : .....

DATE DE NAISSANCE : .... / .... / .....

SIGNATURE :

#### POUR RAPPEL :

- Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux.
- L'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés ou vivant en commun.
- Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne d'un enfant (acte médical bénin).
- En cas de désaccord entre les parents, le médecin doit saisir le juge des affaires familiales ou en cas d'urgence M. le Procureur de la République.
- L'intérêt thérapeutique est toujours supérieur à l'intérêt privé (consentement).
- Le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement.
- En cas d'urgence, s'ils ne peuvent être joints, il doit donner les soins nécessaires.



Mineur

Majeur Protégé

## 2 - AUTORISATION DE SORTIE D'UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

### PATIENT MINEUR

Je soussigné(e)  Père

Nom, Prénom : .....

Et/ou  Mère

Nom, Prénom : .....

Exercant l'autorité parentale

Conjointement

Seul

sur l'enfant (nom, prénom, date de naissance)

.....

### PATIENT MAJEUR PROTÉGÉ

Je soussigné(e)  Tuteur

Nom, Prénom : .....

Agissant en tant que représentant légal du patient

(nom, prénom, date de naissance)

.....

## À COMPLÉTER PAR LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE / LE TUTEUR

Assure prendre en charge le patient pour sa sortie du service.

Autorise le patient à quitter seul l'hôpital à la fin de son séjour pour sa sortie du service.

Décide de confier le patient pour sa sortie du service :

à Monsieur / Madame :

en qualité de :  grand-parent  frère/soeur  autre (préciser) :

Adresse .....

Téléphone .....

Fait le :

Signature

## À COMPLÉTER PAR LES PERSONNES DÉSIGNÉES PAR L'AUTORITÉ PARENTALE

Je soussigné(e) : .....

Agissant en qualité de :  grand-parent  frère / soeur  autre (préciser) :

Assure la prise en charge du patient (nom, prénom) : .....

À sa sortie de la Clinique le : .....

Fait le :

Signature

**MERCI DE RAPPORTER CE DOCUMENT SIGNÉ LORS DE LA PRÉ-ADMISSION**

Si vous ne l'avez pas remis à la pré-admission, merci de le transmettre **48H avant l'intervention** (par courrier à l'adresse de la clinique ou par mail [standard.ter@leter.ghbs.bzh](mailto:standard.ter@leter.ghbs.bzh) ou par remise à l'accueil)

