

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 l'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 ou par remise à l'accueil)

