

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 :

 Domicile :

 Portable :

Date de naissance : / /

Signature :

Mère

Nom :

Prénom :

 Domicile :

 Portable :

Date de naissance : / /

Signature :

Tuteur

Nom :

Prénom :

 Domicile :


 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.

	AUTORISATION D'OPÉRER ET DE SORTIE DU PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ	ENG_DRT_012
		Version : C
		Applicable au : 01/10/2021

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

FORMULAIRE DE SORTIE : MINEUR MAJEUR PROTÉGÉ

PATIENT MINEUR	PATIENT MAJEUR PROTÉGÉ
Je soussigné(e), <input type="checkbox"/> Père (<i>Nom, prénom</i>) :	Je soussigné(e), <input type="checkbox"/> Tuteur (<i>Nom, prénom</i>) :
Et/ou <input type="checkbox"/> Mère (<i>Nom, prénom</i>) :	Agissant en tant que représentant légal du patient (<i>Nom, prénom, date de naissance</i>) :
Exerçant l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> conjointement <input type="checkbox"/> seul	
Sur l'enfant (<i>Nom, prénom, date de naissance</i>) :	
À COMPLÉTER PAR LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE / LE TUTEUR	
<input type="checkbox"/> Assure prendre en charge le patient pour sa sortie du service	
<input type="checkbox"/> Autorise le patient à quitter seul l'hôpital à la fin de son séjour pour sa sortie du service	
<input type="checkbox"/> Décide de confier le patient pour sa sortie du service :	
A Monsieur / Madame :	
En qualité de : <input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Adresse :	
Téléphone :	
Fait le :	Signature :
À COMPLÉTER PAR LES PERSONNES DÉSIGNÉES PAR L'AUTORITÉ PARENTALE	
Je soussigné(e) :	
Agissant en qualité de : <input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Assure la prise en charge du patient (<i>Nom, prénom</i>) :	
A 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 ou par remise à l'accueil)