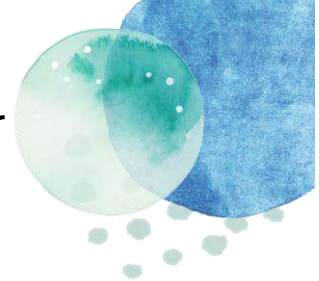


Autorisation d'opérer un patient mineur Ou majeur sous-tutelle



Liste des documents à remettre impérativement au BUREAU DES ADMISSIONS lors de la confirmation de la réservation de la chambre OU par MAIL si la réservation a été faite via le portail internet :

- Livret de famille ou acte de naissance ou justificatif de l'autorité parentale
- Pièce d'identité des titulaires de l'autorité parentale
- Autorisation d'opérer d'un mineur (**ce document**)
- Mineur émancipé : justificatifs du juge des tutelles
- Si autorité parentale non exercée en commun : apportez un document prouvant que vous détenez seul l'autorité parentale (copie du jugement, livret de famille).

Si l'un des documents demandés est manquant, l'acte médical envisagé ne pourra pas être réalisé.

Si lors de la réservation un de ces documents est manquant, il devra être envoyé par courrier ou par mail, dans les 72 heures, à l'adresse ci-contre:

AUTORISATION D'OPERER MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE

Après avoir échangé avec le Docteur _____ et reçu une information sur les bénéfices et risques potentiels, nous soussignés,

Je soussigné(e), certifie être le représentant légal de l'enfant mineur ou majeur sous tutelle désigné :
_____ programmée le : ____/____/20____

Ainsi que tout acte non prévu que le praticien estimerait nécessaire en cours d'intervention effectuée soit sous anesthésie locale, locorégionale, générale ou sous sédation,

Titulaire de l'autorité parentale n°1

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° Téléphone : _____

Titulaire de l'autorité parentale n°1

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° Téléphone : _____

Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Coordonnées : _____

N° Téléphone : _____

sur le patient mineur / majeur protégé nommé ci-après :

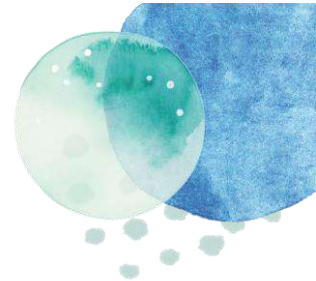
Patient mineur ou protégé

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Formulaire de désignation de la personne de confiance



Conformément aux articles L.1111-6 et suivants du Code de la santé publique, toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance**.

La **personne de confiance** est une personne librement choisie par le patient (parent, proche, ami, médecin traitant...) qui peut :

- Accompagner le patient dans ses démarches,
- Assister aux entretiens médicaux si le patient le souhaite,
- Être consultée par l'équipe soignante **si le patient n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté**, afin de rendre compte de ses souhaits.

☞ Son avis prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exception des directives anticipées si elles existent.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

☐ Je désigne une personne de confiance :

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

E-mail :

➔ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui ☐ non ☐

➔ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Signature

Points importants

- Elle est **valable sans limitation de durée**, sauf décision contraire du patient.
- Elle peut être modifiée ou annulée à tout moment, par écrit.
- La personne de confiance est différente de la personne à prévenir dans ses missions.
- Cette désignation n'autorise **pas** la personne de confiance à prendre des décisions médicales à la place du patient, mais à **témoigner de sa volonté**.