

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ
AUTORISATION D'OPÉRER - AUTORISATION DE SOINS
INTERVENTION CHIRURGICALE / ACTE INVASIF**

Le patient :

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom: Né(e) le :/...../.....

Je soussigné(e), certifie être **représentant légal** de l'enfant ou du majeur protégé désigné ci-dessus.

Atteste avoir eu un entretien avec le Dr :le/...../.....

Intervention proposée : **Côté opéré (le cas échéant):** gauche / droit *

AU COURS DE CET ENTRETIEN :

Mon enfant/le majeur protégé* a eu les informations adaptées à son âge et à son état de santé. **J'ai été informé(e)** des bénéfices de cette intervention en général et des risques en particulier pour mon enfant/ le majeur protégé*.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de cette intervention un évènement imprévisible peut imposer au praticien de réadapter son geste et l'autorise dans ces conditions à effectuer tout acte qu'il estimerait indispensable conformément aux connaissances médicales actuelles.

J'ai été informé(e) et j'accepte l'utilisation de rayonnement ionisant dans le cadre du protocole opératoire ou au cours d'un évènement imprévisible.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et avoir compris les explications données en réponse. Lors du délai entre la consultation et l'intervention mon médecin traitant le

Dr : pourra prendre contact avec le praticien afin d'avoir des explications plus détaillées.

J'accepte que mon enfant/le majeur protégé* subisse les prélèvements (sang, divers...) nécessaires au diagnostic et à sa prise en charge.

Je m'engage à ce qu'il suive les traitements médicamenteux (par voie orale ou injectable) qui lui seront prescrits. Je pourrai, à tout moment, demander des informations complémentaires concernant ces prélèvements et ces traitements.

J'ai été informé(e) que la date de l'intervention chirurgicale de mon enfant/du majeur protégé* est susceptible d'être modifiée en raison des contraintes d'organisation du bloc opératoire.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée pour mon enfant/le majeur protégé* l'intervention dans les conditions ci-dessus.

Pour les mineurs, ce document doit être signé par les deux titulaires de l'autorité parentale. A défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu. Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve ;

La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » : (*rayer la mention inutile)

- Représentant légal du majeur protégé non présent, contacté et informé (par téléphone ou mail*) par le chirurgien
- Patient majeur protégé a consenti à l'intervention après avoir reçu une information adaptée

**PARENT 1 OU REPRÉSENTANT
LÉGAL**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Le/...../.....

Signature :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Le/...../.....

Signature :

