



Autorisation d'opérer

EN – 2019 - 0026

Version : 001

Page 1 sur 2

PATIENT MAJEUR

Je soussigné(e)....., né(e) le/...../....., reconnais avoir reçu par oral et ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr, toute l'information souhaitée et avoir disposé d'un temps de réflexion suffisant.

J'ai bien compris ce qui m'a été précisé concernant le déroulement de ma prise en charge à la Clinique, ainsi que les conséquences et risques pouvant intervenir pendant et dans les suites de mon séjour.

J'autorise le chirurgien et le médecin anesthésiste à m'opérer, à effectuer les actes médicaux nécessaires à ma prise en charge, et à pratiquer une transfusion sanguine si besoin.
Si concerné, j'autorise également l'incinération de toutes les pièces anatomiques me concernant.

Date :

Signature :

PATIENT MINEUR

Nous soussignons,parent 1, etparent 2, ou tuteur de l'enfant :, né le/...../....., reconnaissons avoir reçu par oral et ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr, toute l'information souhaitée et avoir disposé d'un temps de réflexion suffisant.

Nous avons bien compris ce qui nous a été précisé concernant le déroulement de la prise en charge à la Clinique, ainsi que les conséquences et risques pouvant intervenir pendant et dans les suites du séjour.

Nous autorisons le chirurgien et le médecin anesthésiste à opérer, à effectuer les actes médicaux nécessaires à sa prise en charge et à pratiquer une transfusion sanguine si besoin.
Si concerné, nous autorisons également l'incinération de toutes les pièces anatomiques le concernant.

Date :

Date :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

NB : En vertu de l'article 372 du Code civil, qui prévoit l'exercice en commun de l'autorité parentale par les deux parents, le document doit être obligatoirement signé des **deux titulaires** de l'autorité parentale. A défaut, l'intervention ne pourra pas avoir lieu.

Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille ou décision de justice).



Autorisation d'opérer

EN – 2019 - 0026

Version : 001

Page 2 sur 2

PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Je soussigné(e)....., tuteur(trice) de, né(e) le/...../.....reconnait avoir reçu par oral et ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr, toute l'information souhaitée et avoir disposé d'un temps de réflexion suffisant.

J'ai bien compris ce qui m'a été précisé concernant le déroulement de la prise en charge, ainsi que les conséquences et risques pouvant intervenir pendant et dans les suites du séjour.

J'autorise le chirurgien et le médecin anesthésiste à opérer, à effectuer les actes médicaux nécessaires à la prise en charge et à pratiquer une transfusion sanguine si besoin.

Si concerné, j'autorise également l'incinération de toutes les pièces anatomiques le/la concernant.

Si l'intervention porte gravement atteinte à l'intégrité corporelle j'ai informé et recueilli l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. ⁽¹⁾

Date :

Signature du patient :

Signature du tuteur :

⁽¹⁾ En vertu de l'article 459 du Code civil, si l'intervention n'est pas urgente et porte gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée, **l'autorisation** du juge des tutelles ou du conseil de famille est **obligatoire**.