

**FORMULAIRE D'AUTORISATION D'INTERVENTION PATIENT MINEUR**

**Ce document doit être impérativement signé par les représentants légaux, y compris en cas de séparation, et doit être remis à l'établissement au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.**

**INFORMATION PERSONNELLES**

**Nous soussignés, certifions être les représentants légaux de l'enfant désigné ci-dessous :**

**Identité du mineur :**

Nom(s) : ..... Prénom(s) : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Age : .....  
Adresse : .....

**1er représentant(e) légal(e)**

Je soussigné(e):.....

Etant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

- Père du mineur     Mère du mineur     Tuteur/riche du mineur     Autre

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Cocher la mention utile :**

- Atteste sur l'honneur exercer conjointement l'autorité parentale avec M. / Mme ..... en sa qualité de co-titulaire de l'autorisation parentale et m'engage à lui faire signer ce document, ce dernier n'ayant pas pu être présent lors de la consultation médicale ou pré-anesthésique et à le restituer lors de l'hospitalisation.
- Atteste sur l'honneur exercer conjointement l'autorité parentale avec M. / Mme..... mais ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact avec cette personne me permettant de lui remettre le présent document.
- Déclare être le seul titulaire de l'autorité parentale (exposer la raison) : .....

**2nd Représentant(e) légal(e)**

Je soussigné(e):.....

Etant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

- Père du mineur     Mère du mineur     Tuteur/riche du mineur     Autre

Adresse : .....

Téléphone : .....

**LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :**

**Lors de la préadmission :**

- Pièce d'identité de l'enfant
- Pièce d'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale
- Carte vitale du parent/enfant
- Carte de mutuelle
- Livret de famille OU extrait d'acte de naissance du mineur mentionnant les noms de l'un ou des deux titulaires de l'autorité parentale,

En cas de déchéance ou de limitation de l'autorité parentale de l'un des deux parents : copie de la décision de jugement OU copie de l'attestation d'autorité parentale exclusive.

Pour les mineurs placés sous tutelle : copie du jugement de mise sous tutelle datée.

En cas d'absence de contact avec l'autre représentant légal : attestations justifiant les tentatives de prise de contact.

**Lors de l'admission :**

Un représentant légal doit être présent avec l'ensemble des documents demandés.

Un représentant légal doit être présent avec l'ensemble des documents demandés.

Si les représentants légaux ne peuvent accompagner le mineur, l'accompagnant majeur doit fournir :

- Le présent formulaire (autorisation d'hospitalisation) signé du ou des représentants légaux,
- Une attestation sur l'honneur signée du ou des représentants légaux autorisant l'accompagnant à accompagner l'enfant en vue de l'hospitalisation
- La copie des pièces d'identité du ou des représentants légaux et de l'accompagnant.

**Nous attirons votre attention sur le fait que l'hospitalisation ne pourra avoir lieu si l'ensemble des éléments demandés ne sont pas fournis.**

**CONSETEMENTS ECLAIRES SUR L'EXECUTION DU TRAITEMENT MEDICAL ET/OU DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE SUR LE PATIENT MINEUR**

Madame, Monsieur,

Vous avez été informé sur l'état de santé du mineur dont vous avez la charge et sur l'exécution des traitements médicaux et/ou des interventions chirurgicales recommandés dans son cas. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement, il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements qui concernent l'enfant.

Au cours de la consultation avec le Docteur .....,

en date du.....,

il a été convenu que le mineur (nom et prénom).....

devrait être hospitalisé dans notre établissement afin de procéder à (préciser le type de traitement, d'intervention)

.....  
Ce médecin vous a donné des informations précises sur l'état de santé du mineur dont vous avez la charge.

Il vous a clairement indiqué les raisons de son hospitalisation et la nature des actes et traitements qui seront effectués, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

Vous avez eu la possibilité de poser des questions et le(s) médecin(s) concerné(s) y ont répondu de façon complète et satisfaisante. Vous avez bien compris les réponses qui vous ont été fournies et vous avez disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre votre décision.

Si l'un des deux représentants légaux n'a pas assisté à la consultation, le médecin lui a fait parvenir les éléments nécessaires à la prise de décision à savoir un certificat médical sur la nécessité de l'acte, et, si l'acte risque de porter une atteinte grave à l'intégrité corporelle, l'explication des soins et leurs risques éventuels de réalisation comme de non réalisation.

En conséquence de quoi : (Cocher la mention pour laquelle vous donnez votre autorisation)

- Vous autorisez ce médecin ou tout autre spécialiste concerné de notre établissement à pratiquer sur le mineur dont vous avez la charge, les actes médicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente et ayant fait l'objet d'une information préalable par le médecin, y compris, si cela s'impose, toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire, des radiographies, des actes invasifs.
- Vous comprenez que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés, et autorisez ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avéreraient médicalement nécessaires.
- Vous autorisez, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur le mineur dont vous avez la charge.
- Vous autorisez le transfert que nécessiterait l'état de santé du mineur dont vous avez la charge, dans un autre établissement de santé.

Signature des représentants légaux (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

1er Représentant légal

2nd Représentant légal

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Le :

Le :