

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE POUR LE PATIENT MAJEUR PROTEGE
SOUS TUTELLE**

Ce document doit être impérativement signé par le tuteur et remis à l'établissement le jour de la préadmission ou au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.

Madame, Monsieur,

Vous avez, en votre qualité de tuteur, été informé(e) sur l'état de santé de la personne majeure dont vous avez la charge et qui doit être hospitalisée ainsi que sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales qui lui sont recommandées.

Nous vous rappelons que le majeur sous tutelle doit recevoir une information médicale et participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement. Son consentement à l'acte médical doit, dans le respect de ces conditions, être systématiquement recherché.

INFORMATIONS PERSONNELLES**Identité du patient majeur sous tutelle :**

Nom de naissance..... Nom d'usage :.....

Prénom(s) :..... Date et lieu de naissance :.....

Sexe : Féminin Masculin Neutre Demeurant à :.....

Positionnement de la personne sous tutelle après information claire, loyale et appropriée du médecin :

Acceptation Refus Incompréhension Le patient n'est pas en mesure de s'exprimer

Identité du tuteur :

Nom de naissance..... Nom d'usage :.....

Prénom(s) :..... Date et lieu de naissance :.....

Sexe : Féminin Masculin Neutre Demeurant à :.....

Téléphone portable :..... Adresse mail :.....

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :**Lors de la préadmission :**

- Pièce d'identité du patient (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)
- Pièce d'identité du tuteur
- Carte vitale du patient
- Carte de mutuelle du patient
- Les justificatifs si le patient est en ALD (à 100%), invalide, handicapé(e), ancien combattant, en accident du travail ou bénéficiaire de la CMU
- Copie du dernier jugement de mise sous tutelle daté, portant nomination du tuteur.

Lors de l'admission :

- Le présent formulaire daté et signé par le tuteur ainsi que, dans la mesure possible, par le patient.

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

CONSENTEMENT ECLAIRES SUR L'EXECUTION DU TRAITEMENT MEDICAL ET/OU DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE SUR LE PATIENT MAJEUR PROTEGE

Je soussigné(e).....(nom et prénom du tuteur) :

Atteste avoir été reçu(e) en présence de (Nom et prénom du patient) par le docteur..... à son cabinet, en date du

RECONNAIS que nous avons été informés avec le patient lors de cette consultation, et dans les détails :

- Des raisons de l'intervention (préciser la nature de l'intervention) prévue le..... son principe, son déroulement et sa finalité.
- Des contraintes post-opératoires, des suites probables, des risques susceptibles d'en découler et des alternatives thérapeutiques à l'intervention proposée.

AFFIRME avoir compris :

- Qu'une évaluation bénéfices/risques personnalisée, liés à l'intervention chirurgicale ou à l'acte médical a été réalisée. Cette évaluation comprend l'acte annexe à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqué par d'autres médecins, afin de recommander au patient dont je suis le tuteur l'option la plus adaptée.
- Qu'il existe pour toute intervention chirurgicale un risque d'échec, de résultat incomplet ou l'aléa thérapeutique.
- Que le praticien peut découvrir des éléments imprévus qui nécessitent des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés.

PRENDS ACTE :

- Qu'il a été remis au patient dont je suis le tuteur ainsi qu'à moi-même une documentation complète à lire en amont de l'intervention à venir, concernant les complications existantes et connues.
- Que la gravité des complications et la probabilité de leur survenue peuvent être augmentées par les antécédents du patient dont je suis le tuteur, les autres pathologies dont il/elle est porteur, ainsi que ses habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarité...)
- Que suivre les conseils et prescriptions pré et post-opératoire réduit très sensiblement le risque de complication, tout comme celui d'échec.
- Que mon consentement est révocable jusqu'à l'intervention.

DECLARE en conséquence, après réflexion et m'estimant désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause, donner mon consentement (Cocher la mention pour laquelle vous donnez votre autorisation) :

- A l'acte chirurgical projeté sur le patient dont je suis le tuteur,
- Aux soins médicaux et paramédicaux utiles pour le traitement de l'affection que le patient présente,
- A l'anesthésie projetée,
- A toute transfusion sanguine qui s'avérerait nécessaire,
- A ce que le patient soit transféré dans un autre établissement, si son état de santé le nécessite.

Signatures (précédées de la mention « Lu et approuvé ») :

Du tuteur:

Si cela est possible, du patient majeur :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Le :

Le :