

Consentement de l'hospitalisé mineur Ou majeur protégé

à remettre lors de votre pré-admission



Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

Je soussigné(e) : Né(e) le / /

En qualité de :

Téléphone Portable

Mail

N° assuré social Organisme

Déclare :

Avoir été informé(e) de l'intervention du/...../.....

Exercer en commun avec Mme/ Mr..... l'autorité parentale sur (nom et prénom du mineur/majeur protégé)

- Être seul investi de l'autorité parentale (joindre la photocopie de la décision de justice)
- Être le tuteur chargé de représenter le mineur ou le majeur dans tous les actes de la vie civile (joindre la photocopie de la décision de justice).

Autorise le Docteur :

-Les médecins à pratiquer tous les soins nécessaires et toute intervention chirurgicale sous anesthésie.

-A faire une analyse de sang (HIV et Hépatite), en cas d'accident d'exposition au sang du personnel de la clinique et/ou des praticiens et en cas de transfusion sanguine.

-Les médecins à enregistrer les documents audiovisuels au cours des interventions pour compléter mon dossier médical.

- Autorisez-vous le dépistage de certaines maladies infectieuses ou génétiques ? Oui Non
- Autorisez-vous l'utilisation de produits biologiques (transfusions, etc....) ? Oui Non
- Autorisez-vous la mise sous vidéo-surveillance lors d'une éventuelle hospitalisation dans le service de Soins Continus ? Oui Non

Il est à noter que notre service de Soins Continus est équipé d'un système de vidéo-surveillance non soumis à enregistrement afin d'assurer une sécurité des soins. À tout moment, vous pouvez demander l'arrêt de la caméra.

Attention il est impératif d'avoir la signature des deux parents, sans cette autorisation votre enfant ne pourra être opéré.

Signature des titulaires de l'autorité parentale, ou tuteur, précédée de la mention « lu et approuvé » :

Tournan en Brie, le

SIGNATURE DES 2 PARENTS OBLIGATOIRE	
Mère	Père

Tuteur
