

NOTE DESTINÉE AUX TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE RELATIVE À L'AUTORISATION D'OPÉRER POUR LES PATIENT MINEURS

Vous allez faire opérer votre enfant, pour cela, il vous faut scrupuleusement respecter les consignes suivantes :

Selon la loi du 4 mars 2002, il est impératif que l'autorisation d'opérer soit délivrée par **les deux titulaires de l'autorité parentale**, si cette dernière est exercée en commun.

Dès lors, **il est de votre responsabilité que le formulaire soit signé par vous-même ainsi que par l'autre titulaire de l'autorité parentale et rapporté au médecin concerné.**

Le jour de la pré-admission et au plus tard, le jour de l'intervention du patient mineur, vous devez impérativement rapporter les éléments suivants :

- . Carte d'identité des DEUX titulaires de l'autorité parentale
- . Carte d'identité du patient mineur et/ou passeport et/ou livret de famille
- . Le livret de famille
- . Si déchéance de l'autorité parentale, le jugement du juge aux affaires familiales (dans cet unique cas, vous pourrez apporter qu'une seule pièce d'identité)



Au cas où une seule signature figurerait sur l'autorisation, l'intervention sera annulée.

Je soussigné(e),

Madame.....

Et Monsieur.....

Certifie avoir reçu du Docteur..... (Médecin anesthésiste réanimateur), une information claire sur l'anesthésie prévue pour mon enfant, tant au niveau des techniques envisagées que des risques encourus.

- j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais,
- une feuille d'information m'a été remise,
- les consignes de jeûne m'ont été expliquées et spécifiées par écrit,
- les conditions de sortie m'ont été précisées.

J'ai été prévenu(e) que le choix final de la technique anesthésique incombait au médecin responsable de l'anesthésie le jour de l'intervention. Ce dernier peut ne pas être celui qui m'a reçu(e) ce jour.

J'autorise les médecins anesthésistes à pratiquer une anesthésie à mon enfant pour l'intervention prévue le : à la Clinique du grand Avignon.

Veuillez remplir l'autorisation d'opérer au verso ➔

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom** :

Père **Mère** **Représentant légal** (cocher la case correspondante)

Atteste avoir été suffisamment éclairé et informé pour pouvoir prendre une décision en connaissance de cause et accepte l'intervention/l'acte préconisé :

Par le Dr....., le

Au bénéficiaire de l'enfant :

Nom : **Prénom** :

Après avoir reçu toutes les informations nécessaires, claires et compréhensibles, sur l'état de santé de mon enfant, les actions, opérations, traitements envisagés, les bénéfices et les risques attendus, et les évolutions éventuelles en cas de refus du traitement ; et après avoir pu poser les questions que je souhaitais.

En qualité de titulaire de l'autorité parentale, ce dont j'atteste : j'autorise les actes chirurgicaux prévus en chirurgie ambulatoire ainsi que tout acte non prévu que le chirurgien estimerait nécessaire en cours d'intervention soient effectués sous anesthésie locale, locorégionale, générale ou sous sédation sur notre enfant.

Je suis prévenu(e) que le choix final de la technique anesthésique incombe au médecin responsable de l'anesthésie le jour de l'intervention.

A **Le** **Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Je soussigné(e),

Nom : **Prénom** :

Père **Mère** **Représentant légal** (cocher la case correspondante)

Atteste avoir été suffisamment éclairé et informé pour pouvoir prendre une décision en connaissance de cause et accepte l'intervention/l'acte préconisé :

Par le Dr....., le

Au bénéficiaire de l'enfant :

Nom : **Prénom** :

Après avoir reçu toutes les informations nécessaires, claires et compréhensibles, sur l'état de santé de mon enfant, les actions, opérations, traitements envisagés, les bénéfices et les risques attendus, et les évolutions éventuelles en cas de refus du traitement ; et après avoir pu poser les questions que je souhaitais.

En qualité de titulaire de l'autorité parentale, ce dont j'atteste : j'autorise les actes chirurgicaux prévus en chirurgie ambulatoire ainsi que tout acte non prévu que le chirurgien estimerait nécessaire en cours d'intervention soient effectués sous anesthésie locale, locorégionale, générale ou sous sédation sur notre enfant.

Je suis prévenu(e) que le choix final de la technique anesthésique incombe au médecin responsable de l'anesthésie le jour de l'intervention.

A **Le** **Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Mineur en âge de raison Oui Non

Si oui, accord du mineur Oui Non