

Identité du mineur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Madame, Monsieur,

Vous avez, en tant que parents et/ou titulaires de l'autorité parentale, été informés sur l'état de santé de votre enfant et sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées 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 votre enfant.

Au cours de la consultation avec le Docteur _____, il a été convenu que mon enfant, _____ (nom et prénom) devrait être hospitalisé dans votre établissement.

Ce médecin m'a donné des informations précises sur l'état de santé de mon enfant. Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, 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.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

En conséquence de quoi ⁽¹⁾ :

1°/ J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer sur mon enfant, les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.

2°/ Je comprends que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

3°/ J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur mon enfant.

4°/ J'autorise le transfert que nécessiterait l'état de santé de mon enfant, dans un autre établissement.

(1) Rayer le paragraphe pour lequel vous n'entendez pas donner votre autorisation.

	Hôpital Privé du Vert Galant ENREGISTREMENT	SOI/EN/665
	Autorisation d'hospitalisation d'un mineur Intervention Médicale - Chirurgicale - Anesthésique	Version : 00
		Page 2 / 2

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : __ / __ / ____	Date de naissance : __ / __ / ____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code postal - Ville : _____	Code postal Ville : _____
Téléphone domicile : _____	Téléphone : _____
Téléphone portable : _____	Téléphone portable : _____

Le ou les signataire(s) de ce documents certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à votre médecin, **dans les plus brefs délais**, une copie de la décision.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale, certifient, chacun en ce qui le concerne, que ce document leur a été expliqué en totalité, qu'ils l'ont lu ou leur a été lu, que les espaces vides ont été remplis et qu'ils comprennent le contenu de ce document.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père ou autre détenteur de l'autorité parentale
A _____	A _____
Date : __ / __ / ____	Date : __ / __ / ____
Signature	Signature

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax ou voie postale.

Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.