Ramsay Santé
Clinique La Parisière

Autorisation d'opérer – patient mineur
(à ramener impérativement à la consultation d'anesthésie)

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.

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe.

Dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : merci de fournir une copie de la décision de justice.

Si le titulaire ou l'un des titulaires de l'autorité parentale est absent, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité.

Nous vous remercions de ramener l'autorisation signée lors de la consultation d'anesthésie. A défaut, votre enfant ne pourra être pris en charge (hors urgence vitale).

Au cours de la consultation avec le Docteur……, il a été convenu que mon enfant 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 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.

Je soussigné(e), donne l'autorisation d'opérer mon enfant :

Nom : …… Prénom : …… Date de naissance : …….

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 : Prénom : Date de naissance : / / Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone domicile : Téléphone portable :	Nom : Prénom : Date de naissance : / / Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone domicile : Téléphone portable :
A : Date : / / **Signature**	A : Date : / / **Signature**