

 ELSAN CLINIQUE SAINT VINCENT	DROITS DES PATIENTS – INFORMATION PATIENT / CONSENTEMENT	ENR-INFO-006-02
	AUTORISATION DE SOINS D'UN MINEUR	25/11/2024
	SOINS – HOSPITALISATION - INTERVENTION	PAGE 1 SUR 1

Madame, Monsieur

Vous avez choisi notre clinique et nous vous en remercions. Tout acte de soins et médical (hospitalisation, anesthésie, chirurgie, traitement, soins) nécessite le recueil de votre consentement éclairé. Après avoir été informé(e) par les praticiens des bénéfices, risques, degré d'urgence et des conditions de réalisation de cet acte dans les meilleures conditions de sécurité, vous devez renseigner ce document et le transmettre à la clinique **avant l'admission (hors urgence)**.

Cette autorisation doit être impérativement signée par les détenteurs de l'autorité parentale (les deux parents).

INFORMATION : Joindre la copie du livret de famille ou la copie du jugement dans le cas où l'autorité parentale n'est détenue que par un seul parent.

IDENTITE DU PATIENT MINEUR

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Médecin en charge de l'hospitalisation :

Intervention prévue ou motif d'hospitalisation :

Date de l'intervention :

IDENTITE DU (DES) TITULAIRE(S) DE L'AUTORITE PARENTALE

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité, par mail (cvi.ambulatoire@elsan.care) ou par fax (03.81.48.62.28).

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

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE n°1	TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE n°2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
.....	
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Fait le :	Fait le :
A :	A :
Signature :	Signature :