

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET AUTORISATION

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre clinique pour votre séjour et nous vous en remercions. Tout acte médical (anesthésie, chirurgie, traitements, soins) nécessite le recueil de votre consentement éclairé, c'est-à-dire après avoir été informé(e) par les praticiens des bénéfices, risques, degré d'urgence et des conditions éventuelles de réalisation de cet acte dans les meilleures conditions de sécurité. Pour un enfant mineur ou un majeur protégé, une autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père et mère ou tuteur légal. Ainsi nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées.

Etiquette  
(Cadre réservé à l'administration)

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(vous êtes la personne subissant l'intervention ou recevant les soins) :

► **Je soussigné(e),**

Nom et Prénom : .....

**Déclare accepter les soins proposés après avoir échangé avec le praticien et l'anesthésiste et reçu les informations sur les bénéfices et risques potentiels, y compris le risque COVID-19, et autorise l'établissement à réaliser les sérologies (VHC, VHB et VIH), en cas d'accident d'exposition au sang d'un professionnel de santé. Dans le cas d'une intervention programmée, j'atteste avoir réalisé l'auto-questionnaire COVID-19 mis à disposition par mon praticien et signalé tout changement de mon état de santé.**

Date : ..... Signature : 

## AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

(L'intervention concerne un enfant mineur dont vous êtes détenteur de l'autorité parentale ou un majeur dont vous exercez la mesure de protection) :

Nom et Prénom de l'enfant ou du majeur protégé : .....

Date de naissance : .....

Signataire(s) (N.B. La signature des 2 parents est OBLIGATOIRE pour l'enfant mineur) :

Père (nom, prénom, date de naissance) .....

Domicilié : ..... n° Tél. : .....

Mère (nom, prénom, date de naissance) .....

Domicilié : ..... n° Tél. : .....

Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance) .....

Domicilié : ..... n° Tél. : .....

Tuteur du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance) .....

Domicilié : ..... n° Tél. : .....

**Déclare autoriser les soins proposés sur la personne nommée ci-dessus, après avoir échangé avec le praticien et reçu une information sur les bénéfices et risques potentiels.**

Date : .....

Signature des deux parents obligatoire pour un mineur :

Père :

Mère :

Tuteur :

