CONSENTEMENT ECLAIRE - AUTORISATION D'OPERER
PERSONNE DE CONFIANCE

Ce document dûment complété doit être remis ou envoyé impérativement au plus tard 48h avant votre hospitalisation (avec la demande d'admission).

Remplir la rubrique 1 ou 2, et la rubrique 3

Nom du praticien : **Date d'entrée :** ...../...../.....

Madame, Monsieur,

Un traitement invasif ou une exploration médicale sont envisagés pour vous-même, un de vos enfants ou une personne placée sous votre tutelle.

Tout acte médical doit être précédé de l'expression du consentement, ce qui suppose qu'ait été donnée une information loyale, claire et appropriée.

Après avoir échangé oralement sur cette information avec le praticien, nous vous remercions de bien vouloir signer le présent document, par lequel vous reconnaissez :

- Avoir été bien informé(e) des investigations et des traitements envisagés, de leur utilité, de leur urgence éventuelle, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que des autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.
- Autoriser les praticiens de la clinique à effectuer une anesthésie et une intervention chirurgicale ou endoscopique, et tout acte nécessaire en cas d'urgence.
- Autoriser les praticiens de la clinique à effectuer des dépistages (HIV, hépatites B et C, maladies infectieuses), si nécessaire, c'est-à-dire en cas de transfusion, ou de perfusion de dérivés du sang ou d'accident d'exposition au sang du personnel (piqûre, coupure…).
- Autoriser les praticiens à effectuer une transfusion sanguine en cas de nécessité.
- Autoriser l'utilisation de vos données personnelles (numéro de téléphone, adresse, mail) lors d'une prise de contact liée à votre hospitalisation.

1) CONSENTEMENT ECLAIRE

VOUS ETES LA PERSONNE SUBISSANT L'INTERVENTION

Nom : .....

Prénom : .....

Fait le : .....

Signature précédée de la mention *« J'accepte les soins proposés ».*

2) AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR OU PERSONNE SOUS TUTELLE OU MAJEUR PROTEGE

L'autorisation d'opérer des deux parents ou du tuteur est obligatoire.

A défaut, l'établissement s'autorise à reporter l'opération.

Nom et prénom du mineur ou de la personne sous votre tutelle :

.....

Date de naissance : .....

Signataire(s)

Nom(s) Prénom(s) du père : .....

Nom(s) Prénom(s) de la mère : .....

Nom(s) Prénom(s) du tuteur : .....

Signature(s) précédée(s) de la mention *« J'autorise les soins proposés ».*

Père Mère Tuteur

3) PERSONNE DE CONFIANCE *

(sauf pour les mineurs et patients sous tutelle)

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, le patient peut désigner une personne de confiance. Pour plus d'informations, cf page 21 du livret d'accueil.

Je soussigné(e), ...

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

☐ **Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Date : Signature Patient :

Signature Personne de confiance :