

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN PATIENT MINEUR**  
**Intervention Médicale - Chirurgicale – Anesthésique – Transfusion sanguine -**  
**Hospitalisation**

Conformément aux articles R1112-34, 35 & 36 du Code de la Santé Publique codifiés  
par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003, relatifs aux droits des patients mineurs

Madame, Monsieur,

Au cours des consultations avec le chirurgien et l'anesthésiste, il vous a été clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée sur votre enfant, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus. Il vous a été également expliqué les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques associés, prévisibles ou non, et ses complications éventuelles à court et long terme. Aussi, vous avez rempli et signé le consentement éclairé mutuel avec le chirurgien pour l'intervention pratiquée et le consentement à l'anesthésie et à la transfusion sanguine. Cependant, vous devez donner explicitement, en tant que parents et/ou titulaire de l'autorité parentale, votre accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont votre enfant devra bénéficier au cours de son hospitalisation à la clinique de Vitrolles. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement, il s'agit simplement de recueillir **votre accord spécifique sur la réalisation des gestes et traitements qui concernent votre enfant.**

Au cours de la consultation avec le Docteur : .....,  
il a été convenu que notre enfant : .....(nom et  
prénom) devrait être hospitalisé à la Clinique de Vitrolles pour y bénéficier d'une intervention chirurgicale.

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

Nous avons eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. Nous avons bien compris les réponses qui ont été fournies et nous avons disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre notre décision.

*En conséquence de quoi :*

- *Nous autorisons ce médecin ou autre spécialiste concerné à pratiquer sur notre enfant, les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente.*
- *Nous comprenons que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. Nous autorisons ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.*
- *Nous autorisons, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur notre enfant.*

- *Nous autorisons* le transfert que nécessiterait l'état de santé de notre enfant, vers un autre établissement.

### AUTORISATION D'OPERER ET D'HOSPITALISER UN PATIENT MINEUR

Identité du patient mineur	
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 : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom: _____
Date de naissance : __/__/____	Date de naissance : __/__/____
Adresse : _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
Téléphone domicile : __/__/__/__	Téléphone : __/__/__/__
Téléphone portable : __/__/__/__	Téléphone portable : __/__/__/__



**La signature des deux parents est obligatoire;** dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice ou de l'acte de naissance de l'enfant. Si un des deux parents est éloigné vous pouvez transmettre **ce document signé par fax ou Email** (fax 40.42.46.92.86 contact@clinique-vitrolles.com).

Les signataires attestent que leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limitée par une décision de justice et certifient exacts les renseignements fournis.

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