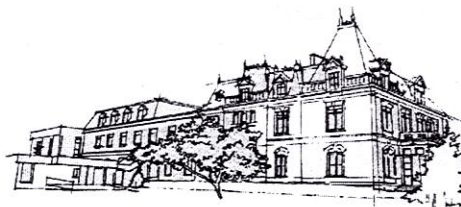


Clinique La Parisière
Avenue Antonin Vallon
26300 BOURG DE PEAGE
☎ : 04.75.70.30.00
Fax : 04.75.70.80.48



INFORMATION RELATIVE A L'AUTORISATION D'OPERER

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.

En cas d'absence d'un des deux parents, le signataire s'engage formellement à prévenir le deuxième parent et recueillir son accord.

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

Autorisation d'opérer au verso 

Art. 373-2 du Code civil : "La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale."

Article R.1112-35 du CSP : "Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.



AUTORISATION D'OPERER

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 bénéfiques ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfiques 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 :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
A :	A :
Date : / /	Date : / /
Signature	Signature