

CONSENTEMENT ECLAIRE

AUTORISATION D'OPERER ET DE SOINS NON USUELS SUR PATIENT MINEUR



- **Ce document doit être signé par les deux titulaires de l'autorité parentale**
A défaut, l'intervention ne pourra pas avoir lieu

(Art 371-1, 372 du code civil et Art R.1112-35 du code de Santé Publique)

- Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille ou décision de justice)

Au cours des consultations avec le Dr (chirurgien)

Et le Dr (anesthésiste)

J'ai été informé(e) :

- de l'état de santé de mon enfant et de l'évolution possible sans recours à une intervention chirurgicale
- de la nature et du but de cette intervention, des risques et bénéfices et des suites post opératoires
- des alternatives possibles existantes avec leurs bénéfices et leurs inconvénients potentiels
- du type d'anesthésie, de ses avantages, inconvénients et risques

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions voulues et avoir compris les explications fournies.

J'ai reçu une fiche d'information écrite sur l'anesthésie dont j'ai pris connaissance.

Mon enfant a reçu les informations qu'il était possible de lui donner eu égard de son âge et de son état de santé.

J'accepte que mon enfant bénéficie de tous les prélèvements nécessaires au diagnostic et à sa prise en charge.

J'autorise la prise d'images/photographies à des fins médicales, et leur utilisation anonyme et dans le strict respect du secret médical à des fins scientifiques ou à but éducatif.

J'ai été informé(e) que la date de l'intervention puisse être modifiée en raison des contraintes d'organisation du bloc opératoire et des urgences que nous y recevons.

J'ai été prévenu(e) que le choix final de la technique anesthésique incombait au médecin responsable de l'anesthésie le jour de l'intervention.

Je m'estime suffisamment éclairé(e) pour autoriser que l'**intervention suivante** :

..... ainsi
que tout acte non prévu que le chirurgien / opérateur estimerait nécessaire en cours d'intervention, soit réalisé sous anesthésie locale, locorégionale, générale ou sous sédation sur l'**enfant** :

Nom : **Prénom** : **né(e)**

PARENT 1	PARENT 2	TUTEUR LEGAL
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Le / /	Le / /	Le / /
Signature :	Signature :	Signature :

Consigne : Ce document une fois signé doit être remis au secrétariat pour être scanné et archivé dans la chemise 11. Documents signés par le patient. Le libellé à saisir doit être : « Consentement éclairé / autorisation d'opérer et de soins » lib UH »