

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR

Attention : En cas d'opération, ce document ne remplace pas le formulaire d'autorisation d'opérer un mineur remis par le praticien. L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom :
Prénom : Date de naissance :
Médecin en charge de l'hospitalisation :
Date d'hospitalisation :

IDENTITÉ DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°1

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
.....
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.
Fait le :
À :
Signature :

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE N°2 (Facultatif)

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
.....
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis.
Fait le :
À :
Signature :

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité, **par fax, voie postale ou e-mail**.

Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.

Ce document doit être impérativement signé par le détenteur de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation du patient mineur.

MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER

Ce document est la propriété exclusive de l'HPEL et ne peut être reproduit ou communiqué, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit sans son autorisation.

IDENTITÉ DU MINEUR

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../.....
 MÉDECIN EN CHARGE DE L'INTERVENTION :
 DATE DE L'INTERVENTION :/...../.....
 INTERVENTION : CÔTÉ DU CORPS :

IDENTITÉ DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

PARENT 1 OU AUTRE DETENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE	PARENT 2 OU AUTRE DETENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE
Je soussigné : NOM : Prénom : Date de naissance :/...../..... Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :	Je soussigné : NOM : Prénom : Date de naissance :/...../..... Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :

- Autorisons son intervention ou son examen et son anesthésie associée.**
- Confions ce(tte) dernier(e) aux praticiens et à l'équipe soignante de l'HPEL et autorisons à mettre en œuvre tout traitement et intervention chirurgicale nécessaire à son état de santé.**
- Certifions avoir reçu les informations détaillées concernant l'acte chirurgical et l'anesthésie ainsi que leurs bénéfices et leurs risques ; avoir pu poser toutes les questions nécessaires à notre bonne compréhension et avoir obtenu des réponses claires et satisfaisantes et nous estimer désormais suffisamment éclairés pour prendre cette décision en connaissance de cause.**
- Attestons de l'exactitude des renseignements fournis.**

L'autorité parentale est par principe conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année), le consentement des deux parents est donc nécessaire. Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature et une pièce d'identité par mail, fax ou voie postale.

Dans le cas où l'un des parents exercerait seul l'autorité parentale, il convient d'en justifier par la production de la décision de justice ou de tout autre document officiel (ex. livret de famille).

Les parents et/ou titulaires de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

L'absence de l'une des deux signatures (non justifiée) entraîne l'annulation de l'intervention.

PARENT 1 OU AUTRE DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE	PARENT 2 OU AUTRE DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE
Date : Signature :	Date : Signature :