



Clinique  
de La Motte

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION  
D'UN MINEUR  
Intervention chirurgicale - anesthésique**



DOC ADM 51 4

**IDENTITÉ DU PATIENT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

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(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'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.

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.

**En conséquence de quoi:**

- 1- J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer sur mon enfant, les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.
- 2- Je comprends que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avéreraient médicalement nécessaires.
- 3- **J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur mon enfant.**
- 4- **J'autorise, le transfert que nécessiterait l'état de santé de mon enfant, dans un autre établissement.**

*<sup>1</sup> Rayer le paragraphe pour lequel vous n'entendez pas donner votre autorisation.*

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 :  _ _   _ _   _ _   _ _   _ _

Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à votre médecin, **dans les plus brefs délais**, une copie de la décision.

Les parents et/ou détenteurs 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.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale, certifient, chacun en ce qui le concerne, que ce document leur a été expliqué en totalité, qu'ils l'ont lu ou leur a été lu, que les espaces vides ont été remplis et qu'ils comprennent le contenu de ce document.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

**\*Documents à remettre à l'admission de l'enfant**

Le jour de l'admission, être en possession des pièces d'identité du père, de la mère et de l'enfant, du livret de famille et si nécessaire (autorité parentales détenue par un seul parent) de la copie du jugement.

Mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
A _____,	A _____,
Le : ____ / ____ / _____	Le : ____ / ____ / _____
Signature :	Signature :

**La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe** (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature **par fax ou voie postale**.

**Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.**

Extrait de l'article L.1111-4 al.3 du Code de la santé publique  
« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »