
	AUTORISATION D'OPERER UN MAJEUR SOUS TUTELLE	
Clinique de la Miotte	Intervention chirurgicale et anesthésique	DOC SOI 60 1
VERSION 1	Création	09/03/2018
Validation : 12/03/2018	Application : 12/03/2018	Diffusion : 12/03/2018

PARTIE 1

Partie du formulaire à remplir par le secrétariat médical et à remettre au patient et à envoyer à son tuteur (après avoir recueilli au préalable ses coordonnées).

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse :

.....

IDENTITÉ DU TUTEUR (familial ou professionnel) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse :

.....

CARACTERISTIQUES DE L'INTERVENTION

À compléter par le chirurgien

- Nature de l'intervention envisagée :

.....
.....

- L'intervention porte-t-elle gravement atteinte à l'intégrité corporelle du patient (article 459 du code civil)

OUI NON



- Nom du chirurgien :

- Date de l'intervention : ____ / ____ / _____

Concernant les risques encourus en cas d'absence d'intervention, les bénéfices escomptés par l'intervention et les risques ou effets négatifs de l'intervention, se référer au formulaire du praticien concerné relatif aux risques et bénéfices de l'intervention et au formulaire concernant le consentement éclairé du patient.

- Existe-t-il une ou plusieurs alternatives à cette intervention : OUI NON

Si oui, lesquelles :

	AUTORISATION D'OPERER UN MAJEUR SOUS TUTELLE Intervention chirurgicale et anesthésique	
Clinique de la Miotte		DOC SOI 60 1
VERSION 1	Création	09/03/2018
Validation : 12/03/2018	Application : 12/03/2018	Diffusion : 12/03/2018

RECHERCHE DU CONSENTEMENT DU PATIENT
Article L1111-4 Code de la Santé Publique
À compléter par le chirurgien

Le consentement du patient a-t-il été recherché de manière adaptée à ses facultés de discernement pour comprendre l'acte médical envisagé (*article L1111-2 Code de la Santé Publique*)

OUI NON

Positionnement du patient après information :

- Acceptation
- Refus
- Incompréhension

Date : ____ / ____ / _____

Signature du chirurgien :

PARTIE 2

*Partie du formulaire à remplir par le tuteur, à remettre au patient et à renvoyer au service d'admission
Par fax : 03 81 55 53 62 ou par mail : admissions@clinique-miotte.fr*

AUTORISATION D'OPERER DU PATIENT PAR LE TUTEUR
À compléter par le tuteur

- Conforme à la volonté exprimée de la personne protégée (*le patient fait preuve de discernement*)
- Autorise l'acte médical envisagé (*le patient ne fait pas preuve de discernement*)

Date : ____ / ____ / _____

Signature du tuteur :