

Etiquette patient :

✓ **AUTORISATION D'OPÉRER UN PATIENT MINEUR**

Nous, parents de : _____

- Autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique à opérer notre enfant et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention.
- Reconnaissons avoir été informés des risques liés à l'hospitalisation.
- Consentons à ce que les données nécessaires à la prise en charge soient partagées avec les professionnels qui le nécessitent. Ces données sont hébergées dans le système d'information sécurisé de l'établissement, garantissant ainsi la confidentialité des données à caractère personnel (*données de santé, données de la pièce d'identité, etc. ...*).
- Donnons notre accord pour qu'une recherche de sérologie VIH, VHB, VHC, soit faite dans le cas où un soignant serait victime d'un Accident d'Exposition au risque Viral (piqûre, coupure, projection).
Souhaitons être informés des résultats en cas de prélèvements réalisés : Oui Non

✓ Désignons le Docteur _____ pour recevoir les informations sur l'état de santé à sa demande.

Il s'agit du médecin traitant **Oui** **Non***

**S'il ne s'agit pas du médecin traitant, l'information doit être transmise au médecin adresseur.*

Consentement du PARENT 1

- obligatoire -

mère père

Nom : _____

Prénom : _____

Tél domicile : _____

Tél portable : _____

Consentement du PARENT 2

- obligatoire -

mère père

Nom : _____

Prénom : _____

Tél domicile : _____

Tél portable : _____

Date : ____/____/____

Signature du PARENT 1 :

Date : ____/____/____

Signature du PARENT 2 :

NB : Dans le cas d'une autorité parentale exclusive, il vous sera demandé de présenter un justificatif (livret de famille ou décision de justice).