



Capiro Clinique du Tonkin

26 à 36 rue du Tonkin - 69626 Villeurbanne Cedex
Téléphone : 0826 101 201
www.capiro.fr - www.clinique-tonkin.capiro.fr

AUTORISATIONS D'OPERER, D'ANESTHESIE OU DE SOINS

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre Clinique pour votre séjour et nous vous en remercions. Vous pouvez donner par écrit votre consentement libre et éclairé nécessaire pour toute décision concernant votre santé.

L'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père, mère ou tuteur légal d'un enfant mineur ainsi que pour le tuteur d'un majeur protégé.

Ainsi, nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées.

*Etiquette
(Cadre réservé à l'administration)*

AUTORISATIONS D'OPERER, D'ANESTHESIE OU DE SOINS :

Je soussigné (e),

Père (nom, prénom, date de naissance).....

Domicilié : n° Tél. :

Mère (nom, prénom, date de naissance).....

Domicilié : n° Tél. :

Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance).....

Domicilié : n° Tél. :

Représentant du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance).....

Domicilié : n° Tél. :

Patient (nom, prénom, date de naissance).....

Domicilié : n° Tél. :

Déclare autoriser le Chirurgien et l'Anesthésiste à pratiquer sur la personne de :

Mon enfant mineur dont je suis détenteur de l'autorité parentale (Nom/Prénom /Date de naissance) :

.....

M. ou Mme

Majeur dont j'exerce la mesure de protection.

Moi-même

Toute intervention chirurgicale, acte d'anesthésie ou acte médical et les examens biologiques en vue du dépistage de certaines maladies infectieuses (Hépatites B et C, VIH...) imposés par mon (son) état de santé et l'affection dont je (il / elle) souffre.

Et avoir donné mon consentement éclairé aux praticiens après qu'ils m'aient informé(e) des bénéfices et risques liés à l'intervention chirurgicale, aux actes anesthésiques ou aux actes médicaux et à toutes les conditions nécessaires pour leur réalisation dans les meilleures conditions de sécurité (y compris à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqués par d'autres médecins).

Date :

Signature des deux parents (ou du tuteur) obligatoire pour un mineur

Père :

.....

Mère :

.....

Tuteur ayant autorité parentale :

.....

Tuteur du majeur protégé :

.....

Patient :

.....