

Nom :

Adresse :

N° 1^{ère} inscription à l'Ordre des médecins :

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CONSENTEMENT PRÉALABLE À L'ACTE CHIRURGICAL D'UN MINEUR NON ÉMENCEIPE

Article R1112-35 du code de la santé publique

▼ PATIENT

Nom

Prénom

▼ NATURE DE L'INTERVENTION

**CE DOCUMENT MÉRITE TOUTE VOTRE ATTENTION ET VOTRE RÉFLEXION.
NOUS VOUS INVITONS À LE LIRE ATTENTIVEMENT ET À Y RÉFLÉCHIR AVANT DE LE
SIGNER.**

Les éléments donnés ci-après doivent être certifiés sur l'honneur.

Ils revêtent une importance capitale sur un plan médico-légal pour l'accomplissement de l'acte chirurgical dont votre enfant va bénéficier.

Il vous a été préalablement expliqué et remis une fiche d'information concernant : (nom de l'intervention) dont vous avez pris connaissance.

Des explications orales simplifiées ont également été données à votre enfant, en votre présence, afin qu'il comprenne et accepte l'intervention.

Nous avons constaté ensemble que tel était le cas.

Si l'un de vous souhaite une nouvelle consultation avant de consentir à l'acte chirurgical, nous sommes à votre disposition.

Il vous est rappelé que le droit de consentir aux actes médicaux appartient aux titulaires de l'autorité parentale, c'est-à-dire aux deux parents. Leurs deux consentements sont ainsi requis, sauf urgence.

Tel est le cas pour les parents mariés, pacsés, séparés ou divorcés qui bénéficient de l'autorité parentale conjointe.

En cas d'exercice unilatéral de l'autorité parentale, vous pouvez consentir seul à l'acte chirurgical ; toutefois selon les dispositions de l'article 373-2-1 du Code Civil, l'autre parent doit être informé par vos soins.

Nous vous invitons à présent à remplir les lignes ci-après.



JE SOUSSIGNÉ (cocher la ou les mention(s) utile(s)) :

MÈRE (nom et prénom)

Titulaire de l'autorité parentale

Demeurant

PÈRE (nom et prénom)

Titulaire de l'autorité parentale

Demeurant

RESPONSABLE LÉGAL D'UN MAJEUR PROTÉGÉ (nom, prénom)

Demeurant

**DONNE MON PLEIN CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'UN OU DES ACTES
D'ANESTHÉSIE ET/OU DE CHIRURGIE NÉCESSAIRES DANS LE CADRE DE LA PRISE
EN CHARGE DE :**

LORS DE SON HOSPITALISATION PRÉVUE LE
À

(nom du mineur)

(date)

(nom de l'établissement)

FAIT LE

À

SIGNATURE(S)



**A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'ABSENCE DE L'UN DES TITULAIRES DE
L'AUTORITÉ PARENTALE :**

JE SOUSSIGNÉ (*nom, prénom*)
en qualité de

Cocher la mention utile :

- M'ENGAGE À FAIRE SIGNER CE DOCUMENT PAR LE CO-TITULAIRE DE
L'AUTORITÉ PARENTALE QUI N'A PU ÊTRE PRÉSENT LORS DE LA CONSULTATION
PRÉOPÉRATOIRE ET À LE RESTITUER LORS DE L'HOSPITALISATION**
- ATTESTE SUR L'HONNEUR ÊTRE LE SEUL TITULAIRE DE L'AUTORITÉ
PARENTALE** (*exposer la ou les raison(s)*) :

**ATTESTE SUR L'HONNEUR NE PAS CONNAÎTRE SES COORDONNÉES ET N'AVOIR
PLUS AUCUN CONTACT ME PERMETTANT DE LUI REMETTRE LE PRÉSENT
DOCUMENT**

**DÉCLARE NE PLUS AVOIR OU VOULOIR DE CONTACT AVEC L'AUTRE TITULAIRE
DE L'AUTORITÉ PARENTALE DONT JE VOUS DONNE LES COORDONNÉES**

(nom et prénom)

(adresse postale)

(adresse mail)

(numéro de téléphone)

**JE CONFIRME ÊTRE INFORMÉ(E) QU'EN L'ABSENCE DE CONSENTEMENT DU SECOND
TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, AUCUNE INTERVENTION NE POURRA AVOIR
LIEU SUR MON ENFANT EN L'ABSENCE D'URGENCE VITALE OU DE MISE EN JEU DE
SON ÉTAT DE SANTÉ À COURT OU MOYEN TERME.**

DATE ET SIGNATURE