

# Autorisation

D'INTERVENTION CHIRURGICALE / D'EXAMEN  
POUR PATIENT MAJEUR PROTÉGÉ



## IDENTITÉ DU MAJEUR

### SOUS TUTELLE

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe :  F  M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Date de l'intervention : ..... / ..... / .....

Motif : .....

.....

.....

.....

.....

## ATTESTATION D'AUTORISATION

### DU TUTEUR LÉGAL

#### Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe :  F  M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Autorise l'équipe médicale / chirurgicale de la Clinique du Parc à réaliser l'intervention / l'examen prévu(e) sur la personne sous tutelle identifiée, et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris les types d'anesthésie utiles à l'intervention.

Reconnais avoir reçu, de la part des médecins, l'ensemble des informations relatives à l'acte chirurgical / à l'examen et au type d'anesthésie, notamment l'information sur les bénéfices et les risques associés.

UNE PHOTOCOPIE DU JUGEMENT DE MISE SOUS TUTELLE ET UNE PIÈCE D'IDENTITÉ DU TUTEUR DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE TRANSMISES LORS DE LA PRÉ-ADMISSION.

## SIGNATURE DU TUTEUR

FAIT LE :

À :

SIGNATURE :