

# AUTORISATION PARENTALE – ANESTHÉSIE – CHIRURGIE

## Article R. 1112-35 al 2, 3 et 4 du Code de la santé publique

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, **signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.**

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale, hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. »

HOSPITALISATION DU : JOUR : .....  
HEURE : .....  
SERVICE : .....  
MOTIF DE L'INTERVENTION : .....

### Cadre réservé à la / aux représentant(s) légal / légaux

Je / nous, soussigné(e)(s), Madame et / ou Monsieur....., représentant(s) légal / légaux de l'enfant ....., né(e) le ..... à ....., donne / donnons par la présente l'autorisation **d'opérer** mon / notre enfant et de pratiquer les examens et les actes de soins que nécessite son état de santé, et reconnais(sons) avoir reçu les informations sur la conduite à tenir, ainsi que sur les risques de l'intervention.

Fait à Grenoble, le .....

Signatures des parents :

(ou du parent lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale ou lorsque l'un des deux ne peut être physiquement présent)

Parent 1 :

Parent 2 :

Ou signature du tuteur légal :

### EN CAS DE REFUS DE SOINS PAR L'UN OU LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Madame et / ou Monsieur ....., représentant(s) légal / légaux de l'enfant ....., refuse(nt), en application de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, de consentir aux soins que nécessite l'état de santé de leur enfant,

Je soussigné(e) Docteur ....., déclare, vu l'état de santé de cet enfant, délivrer les soins indispensables.

Fait à Grenoble, le .....

Signature du médecin :

Information faite au Procureur de la République

Information faite au Juge des Enfants