

AUTORISATION D'OPÉRER MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

**Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé (mineurs et majeurs protégés)
- L1111-2 du code de la santé publique.**

Pour les mineurs, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur reçoivent l'information.

Les mineurs doivent être informés et participer à la prise en charge selon leur degré de maturité.

Nécessité d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale - (Article R4127-42 du code de la santé publique).

Pour les majeurs protégés, l'information doit être délivrée et adaptée à leur capacité de compréhension.

Nécessité de toujours rechercher le consentement du majeur protégé avec possiblement l'assistance de la personne chargée de la mesure de protection - (R4127-42).

Le principe est que la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet, on recherche le consentement du majeur protégé en priorité - (Article 459 code civil).

Si l'état ne le permet pas, l'accord du tuteur est nécessaire. En cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne en charge de sa protection, le juge peut être saisi.

Dans les deux cas, le consentement est requis **sauf situation d'urgence**.

Hospitalisation du : JOUR :

HEURE :

SERVICE :

MOTIF DE L'INTERVENTION :

PRATICIEN :

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

Je / nous, soussigné(e)(s), Madame et / ou Monsieur, représentant(s) légal / légaux de, né(e) le à, donne / donnons par la présente l'autorisation d'opérer 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 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)

Parent 1 :

Parent 2 :

→ Ou signature du tuteur légal :

EN CAS DE REFUS DE SOINS PAR L'UN OÙ LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ

Madame et / ou Monsieur, représentant(s) légal / légaux de M. / Mme, 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 la personne.

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