

AUTORISATION D'INTERVENTION CHEZ UN PATIENT SOUS TUTELLE

Document à remettre signé avec justificatifs lors de l'admission

Identité du patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : |_| |_| / |_| |_| / |_| |_| |_| |_|

Au cours de la consultation avec le Dr, il a été convenu que la personne suivante dont j'ai la tutelle ¹ devait être opérée dans votre établissement.

A cet effet ⁽²⁾,

- J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de l'établissement à pratiquer sur cette personne dont j'ai la tutelle les actes médicaux, chirurgicaux et anesthésiques nécessaires au traitement de l'affection qu'il présente.
- J'autorise, la Clinique du Sport de Bordeaux-Mérignac à commander et à régler pour son compte tout équipement de prothèse nécessaire aux soins qui seront prodigués à ce patient.
- J'autorise, en cas de nécessité absolue, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur ce patient.

Le tuteur	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
A : Date :	
Signature :	

Eventuellement :

Ne pouvant être présent le jour de l'hospitalisation, j'autorise la personne suivante à accompagner ce patient ⁽³⁾ (une pièce d'identité lui sera demandée) :

Nom :Prénom :

Qualité :

⁽¹⁾ Copie de la décision de justice à joindre

⁽²⁾ Rayer le paragraphe pour lequel vous ne donnez pas votre autorisation

⁽³⁾ L'accompagnant devra se munir obligatoirement d'une pièce d'identité