

AUTORISATIONS PARENTALES pour l'INTERVENTION d'UN PATIENT MINEUR

Documents à remettre signés avec justificatifs (1) lors de la préadmission

Identité du patient mineur :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Au cours de la consultation avec le Dr, il a été convenu que mon enfant devait être opéré dans votre établissement.

A cet effet ⁽²⁾,

- J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de l'établissement à pratiquer sur mon enfant les actes médicaux, chirurgicaux et anesthésiques nécessaires au traitement de l'affection qu'il présente (Toute intervention nécessaire à la complétude du traitement. Exemple : ablation de matériel, reprise de cicatrice...)
- J'autorise, la Clinique du Sport de Bordeaux-Mérignac à commander et à régler pour mon compte tout équipement de prothèse nécessaire aux soins qui seront prodigués à mon enfant.
- J'autorise la Clinique du Sport de Bordeaux-Mérignac à effectuer les prélèvements sanguins prévus par la réglementation dans le cadre d'un accident d'exposition au sang d'un soignant de l'établissement, soit le contrôle : du virus Hépatite B, du virus Hépatite C, du virus VIH
- J'autorise, en cas de nécessité absolue, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur mon enfant.

Pour une prise en charge en ambulatoire :

- J'autorise l'intervention de mon enfant en ambulatoire

1 ^{er} détenteur de l'autorité parentale	2 ^{ème} détenteur de l'autorité parentale
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Qualité ⁽³⁾ : père – mère – tuteur légal	Qualité ⁽³⁾ : père – mère – tuteur légal
Téléphone :	Téléphone :
Date : Signature :	Date : Signature :

SORTIE : *Ne pouvant pas être présent le jour de l'hospitalisation, j'autorise la personne suivante à accompagner mon enfant ⁽⁴⁾ (une pièce d'identité lui sera demandée) :*

Nom :Prénom :

AUTORISATIONS PARENTALES pour l'INTERVENTION d'UN PATIENT MINEUR

Documents à remettre signés avec justificatifs (1) lors de la préadmission

IMPERATIF ⁽¹⁾ Documents à apporter à la clinique :

- **Carte nationale d'identité ou passeport si le mineur en possède une/un**
- **Livret de famille ou acte de naissance**
- **Autorité parentale conjointe : la signature des deux parents est obligatoire** (Livret de famille + pièce identité pour chacun des parents)
- **Autorité parentale exercée par un seul parent (tuteur) :** une seule signature, vous devez apporter la preuve que vous exercez seule la responsabilité de la tutelle (Livret de famille, jugement...+ pièce identité)

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

⁽³⁾ Rayer les mentions inutiles

⁽⁴⁾ L'accompagnant devra se munir obligatoirement d'une pièce d'identité

TELEPRESENCE au BLOC OPERATOIRE

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, l'établissement déploie des organisations innovantes, notamment au sein du bloc opératoire. Ainsi, la digitalisation et la télé présence ont été mises en place pour une partie des programmes opératoires. Dans ce contexte, l'équipe du bloc opératoire est composée du chirurgien assisté de l'infirmière instrumentiste, de l'anesthésiste et d'une infirmière en télé présence assistée d'une infirmière circulante et d'une aide-soignante. Des outils modernes de télécommunication (Visio & audio) sont utilisés entre les différents personnels. Cette technologie de type visioconférence ne permet aucun enregistrement. Aucune image de l'intervention ne sera donc sauvegardée ni détenue par la Clinique.

L'intervention de votre enfant peut être programmée selon ce dispositif.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance des modalités de prise en charge au bloc opératoire ci-dessus expliquées et **consentons à ce que notre enfant participe à cette organisation**. A défaut, j'en informe la Clinique par mail à l'adresse suivante : admissions@cliniquedusport-bx.fr

DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP) / Mon Espace Santé

Définition :

Le dossier médical partagé (DMP) est un carnet de santé numérique personnel, sécurisé et accessible sur internet. Il permet de stocker et de partager vos données et documents de santé avec les professionnels de votre choix.

Son contenu a automatiquement été ajouté à votre profil Mon espace santé.

Mon espace santé est le service public numérique pour gérer vos données de santé. Il vous permet de stocker vos informations médicales et les partager avec les professionnels de santé qui vous soignent en respectant votre consentement. Vous y retrouvez le contenu de votre dossier médical partagé (DMP). Le service comprend aussi une messagerie sécurisée pour échanger en toute confidentialité avec les professionnels de santé.

Pour plus d'informations : www.ameli.fr

Dans le cadre de la prise en charge médicale, les professionnels de la Clinique du sport peuvent alimenter et consulter le DMP de leurs patients, dans le respect de leurs consentements.

Je déclare autoriser les professionnels de la Clinique du sport à accéder au DMP de mon enfant. A défaut, j'en informe la Clinique par mail à l'adresse suivante : admissions@cliniquedusport-bx.fr

AUTORISATIONS PARENTALES pour l'INTERVENTION d'UN PATIENT MINEUR

Documents à remettre signés avec justificatifs (1) lors de la préadmission

Informatique et libertés

Ce service hospitalier dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service.

Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés*, vous pouvez obtenir une communication des données vous concernant en vous adressant au responsable de cet établissement ou sur dpo.sbm@vivalto-sante.com.

Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical.

*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

SIGNATURES des DEUX PARENTS ou des tuteurs légaux :