



## AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

**Madame, Monsieur,**

Vous pouvez donner par écrit votre consentement libre et éclairé nécessaire pour toute décision concernant votre santé. L'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père, mère ou tuteur légal d'un enfant mineur ainsi que pour le tuteur d'un majeur protégé.

Ainsi nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées.

*Etiquette  
(Cadre réservé à l'administration)*

### AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS :

**Je soussigné (e),**

- Père (nom, prénom, date de naissance) .....  
Domicilié : ..... n° Tél. : .....
- Mère (nom, prénom, date de naissance) .....  
Domicilié : ..... n° Tél. : .....
- Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance) .....  
Domicilié : ..... n° Tél. : .....
- Représentant du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance) .....  
Domicilié : ..... n° Tél. : .....
- Patient (nom, prénom, date de naissance) .....  
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

**Déclare autoriser : le Chirurgien et l'Anesthésiste à pratiquer sur la personne de :**

- Mon enfant mineur dont je suis détenteur de l'autorité parentale (Nom/Prénom /Date de naissance) :  
.....
- M. ou Mme .....  
 Incapable sous curatelle/tutelle dont je suis le représentant.
- Moi-même

**Toute intervention chirurgicale, acte d'anesthésie ou acte médical et les examens biologiques** en vue du dépistage de certaines maladies infectieuses (Hépatites B et C, VIH...) imposés par mon (son) état de santé et l'affection dont je (il / elle) souffre.

Et avoir donné mon consentement éclairé aux praticiens après qu'ils m'aient informé(e) des bénéfices et risques liés à l'intervention chirurgicale, aux actes anesthésiques ou aux actes médicaux et à toutes les conditions nécessaires pour leur réalisation dans les meilleures conditions de sécurité (y compris à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqués par d'autres médecins).

**Signature des deux parents obligatoire pour un mineur.**

**Date :** .....

**Signature :**

Père :

Mère :

Tuteur ayant autorité parentale :

Tuteur du majeur protégé :

Patient :



105, rue Achille Viadieu - CS 27804 - 31078 Toulouse Cedex 4  
Tél. 08 26 65 66 66 - Fax 05 61 36 65 47  
www.capiro.fr

## FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

*Etiquette  
(Cadre réservé à l'administration)*

### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

**Je souhaite désigner une personne de confiance.**

La personne m'accompagnera dans toutes mes démarches et assistera à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  Oui  Non

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Personne de confiance :  Proche  Parent  Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Date / lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Fait le : .....

**Signature du patient**

Fait le : .....

**Signature de la personne de confiance  
(recommandée)**