

ETIQUETTE
SERVICE



ETIQUETTE
PATIENT

Formulaire de consentement imposé par la loi(*)

**AUTORISATION DE SOINS
POUR MINEURS ET MAJEURS PROTEGES**

Je soussigné(e) :

☐ M. père

☐ Mme mère

de l'enfant..... né(e) le.....

☐ M. ou Mme.....représentant légal de

M. ou Mme..... né(e) le.....

Certifie avoir été informé(e) par le(s) Docteur(s)

..... :

↳ des soins que l'état de santé du patient nécessite et déclare autoriser :

☐ les soins médicaux et paramédicaux

☐ une intervention chirurgicale réglée prévue le : ou en urgence

☐ une anesthésie

☐ des transfusions sanguines éventuellement nécessaires

↳ de l'informatisation du dossier médical

↳ de la prise éventuelle de photographies (respect de l'anonymat)

Fait le :

Signatures

☐ Père

☐ Mère

☐ Représentant légal

*Article R-1112-35 - Code de la Santé Publique