

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

Intervention médicale – Chirurgicale – Anesthésique

Ce document doit être impérativement signé par le tuteur et remis à l'établissement le jour de la pré-admission ou au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.

Madame, Monsieur,

Vous avez, en qualité de tuteur, été informé(e) sur l'état de santé de la personne majeure dont vous avez la charge et qui doit être hospitalisée ainsi que sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans son cas.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements qui concernent cette personne.

Nous vous rappelons également le principe suivant : le majeur sous tutelle doit recevoir une information médicale et participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement ; son consentement à l'acte médical devant, dans le respect de ces conditions, être systématiquement recherché.

IDENTITÉ DU MAJEUR SOUS TUTELLE :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM(S) : DATE DE NAISSANCE :

Au cours de la consultation avec le Docteur, il a été convenu que Mme/Mr (*nom et prénom*) dont la tutelle m'a été conférée, devrait être hospitalisé(e) dans votre établissement.

Ce médecin m'a donné des informations précises sur l'état de santé de la personne dont j'ai la tutelle. Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

Extrait de l'article L.1111-4 al.3 du Code de la santé publique « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Merci de remplir au dos.

En conséquence de quoi * :

- 1- J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer sur la personne dont j'ai la tutelle, les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.
- 2- Je comprends que ce médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.
- 3- J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur la personne dont j'ai la tutelle.
- 4- J'autorise, le transfert que nécessiterait l'état de santé de la personne sous tutelle, dans un autre établissement.

*** Rayer le paragraphe pour lequel vous ne donner pas votre autorisation.**

En ma qualité de tuteur, je certifie que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document.

Enfin, en ma qualité de tuteur, j'atteste l'exactitude des renseignements fournis ci-dessous.

Le tuteur	La personne sous tutelle (le patient)
Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone domicile : Téléphone portable :	Je reconnais avoir été informé(e) du contenu de ce document.
A : Date : Signature	A : Date : Signature