



Capiro La Croix du Sud

52 chemin de Ribaute - 31130 Quint-Fonsegrives

N°Azur 0 806 233 233

Prix d'un appel local

<https://clinique-croix-du-sud.capiro.fr/>

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET AUTORISATION

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi notre clinique pour votre séjour en ambulatoire et nous vous en remercions. Tout acte médical (anesthésie, chirurgie, traitements, soins) nécessite le recueil de votre consentement éclairé, c'est-à-dire après avoir été informé(e) par les praticiens des bénéfices, risques, degré d'urgence et des conditions éventuelles de réalisation de cet acte dans les meilleures conditions de sécurité.

*Etiquette
(Cadre réservé à l'administration)*

Pour un enfant mineur ou un majeur protégé, une autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père et mère ou tuteur légal.

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.

Loi du 4 mars 2002 : « 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 »

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(vous êtes la personne subissant l'intervention ou recevant les soins) :

Je soussigné(e),

Nom et Prénom :

Déclare accepter les soins proposés après avoir échangé avec le praticien et l'anesthésiste et reçu les informations sur les bénéfices et risques potentiels

Date : Signature :

AUTORISATIONS D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

(L'intervention concerne un enfant mineur dont vous êtes détenteur de l'autorité parentale ou un majeur dont vous exercez la mesure de protection) :

Nom et Prénom de l'enfant ou du majeur protégé :

Date de naissance :

Signataire(s) (N.B. La signature des 2 parents est OBLIGATOIRE pour l'enfant mineur) :

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. :

Tuteur du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance)

Domicilié : n° Tél. :

Déclare autoriser les soins proposés sur la personne nommée ci-dessus, après avoir échangé avec le praticien et reçu une information sur les bénéfices et risques potentiels.

Date :

Signature(s) des deux parents obligatoire pour un mineur :

Père :

Mère :

Tuteur :



PERSONNE DE CONFIANCE / DIRECTIVES ANTICIPÉES

(sauf mineurs et majeurs protégés)

*Etiquette
(Cadre réservé à l'administration)*

DESIGNATION D'UNE 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, 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.

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

Patient dans l'incapacité de nommer une personne de confiance.

(Case à cocher par un médecin)

Nom et signature du médecin :

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 :

Adresse :

Tél :

Fait le :
Signature du patient

Fait le :
Signature de la personne de confiance

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées : il s'agit d'une déclaration écrite qui précise les souhaits quant à sa fin de vie, dans la mesure où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt/limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont révisables ou révocables à tout instant.

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour

Je joins à ce document mes directives anticipées sur papier libre (*Elles doivent comporter votre nom, prénom, date et lieu de naissance et signature. Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez les faire rédiger par un tiers et 2 témoins dont votre personne de confiance doivent attester que ce document est bien l'expression de votre volonté.*)