



## CHU DE NANTES AUTORISATION D'OPÉRER ET/OU DE SOIN NON USUEL SUR MINEUR

Au cours de la consultation du Docteur..... , (médecin du service de Soins spécifiques) du ....., il a été que mon enfant

- NOM : .....
- Prénom : .....
- Date de naissance : .....

doit être hospitalisé(e) le ..... dans le service de ..... pour bénéficier de l'acte suivant:

.....

Cette prise en charge va s'organiser dans un contexte particulier, au regard de la situation sanitaire exceptionnelle liée à l'épidémie de COVID-19.

Il est indispensable que vous preniez connaissance des informations relatives à cette intervention et à son contexte particulier, de manière claire, loyale et appropriée.

Le médecin mentionné ci-dessus m'a donné des informations précises sur les problèmes de santé de mon enfant. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'utilité de l'acte proposé, sa nature et son but, son urgence éventuelle, ses conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'il comporte, l'évolution possible et les conséquences prévisibles si l'on ne recourt pas à cet acte. J'ai également été informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, et notamment de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'acte qui sera pratiqué, l'inconfort possible qu'il est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cet acte, non seulement dans les suites de cet acte, mais également à long terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'acte, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

(Le cas échéant) J'ai été informé(e) par le Docteur ....., médecin anesthésiste, lors de la consultation du ....., de l'anesthésie qui va être pratiquée sur mon enfant dans le cadre de l'acte mentionné ci-dessus. J'ai compris les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée, ses risques et ses complications potentiels, à laquelle je consens.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le(s) médecin(s) sus-cité(s) y a(ont) répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Je donne mon consentement pour que soit réalisé sur mon enfant l'acte suivant .....

et les soins liés à cet acte, dans les conditions ci-dessus.

**Ce document doit être remis et signé par LES DEUX TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE, au plus tard lors de l'admission. A défaut, l'acte ne pourra pas avoir lieu à la date convenue.**

Les pièces justificatives doivent être fournies par les titulaires de l'autorité parentale lors de l'admission du patient mineur.

### CAS PARTICULIERS

Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve en fournissant un document justificatif.

En cas d'éloignement géographique d'un des deux titulaires de l'autorité parentale, vous pouvez adresser cette autorisation de soins complétée et signée par fax au numéro suivant : \_\_\_\_\_ ou par email : \_\_\_\_\_

#### Les titulaires de l'autorité parentale (consentement des deux parents obligatoire)

Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Date de naissance .....	Date de naissance .....
Adresse complète .....	Adresse complète .....
Téléphone domicile .....	Téléphone domicile .....
Téléphone portable .....	Téléphone portable .....
<b>Date</b> .....	<b>Date</b> .....
Signature :	Signature :

#### Autre représentant légal :

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse complète .....

Téléphone domicile .....

Téléphone portable .....

**Date** .....

Signature :