

Unité Fonctionnelle
Soins spécifiques
UF 9026

Dr Isabelle HYON

Secrétariat Clinique
Uniquement sur rendez-vous

Autorisation de soins sur personne placée sous tutelle

Je, soussigné, informé par le Docteur, (praticien du service de Soins spécifiques) des risques liés à l'acte de soins, autorisé à ce que soit pratiqué sur la personne de :

- nom :
- prénom :
- date de naissance :

bénéficiaire d'un régime de tutelle, l'acte précisé suivant :

.....
(acte de nature chirurgicale, anesthésique, diagnostique, thérapeutique, transfusionnelle)

prévu pour la date du :

Le tuteur :

Nom :

Prénom :

Signature :

Date :