



ETIQUETTE PATIENT

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Sexe : F  M

Date de naissance : .....

Entretien avec le praticien : .....

Lors de la consultation du : .....

Concernant l'intervention ou l'acte invasif : .....

Le praticien m'a donné **des informations précises sur mes problèmes de santé** et les **raisons** qui le conduisent à me proposer cette intervention. J'ai également reçu toutes les informations sur les **risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, graves mais exceptionnels**, de l'intervention proposée, les **bénéfices** attendus de cette intervention et des différentes **alternatives thérapeutiques possibles**.

J'ai compris que toute intervention chirurgicale comporte des risques de complications, dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Je reconnais que le praticien a répondu de façon **complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaitées lui poser**.

J'ai enfin été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

Dans ce cas, **j'accepte par anticipation les modifications nécessaires**.

J'émetts cependant des restrictions :  Oui  Non

Si oui, préciser lesquelles :

.....  
.....

J'autorise également les prélèvements nécessaires pour les divers examens de laboratoire.

J'ai disposé d'un délai raisonnable de réflexion et je donne mon accord pour cet acte.

Date :        /        /

Signature du patient :

Signature du praticien :

## AUTORISATION D'OPÉRER UN MINEUR / UN MAJEUR PROTÉGÉ

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

PARENT 2

Nom d'usage : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Tel. : ..... Tel. : .....

autorisons / autorise, en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale / représentant légal

qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée sur .....

ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.

Date :        /        /

Signature parent 1 / représentant légal :

Signature parent 2 :

En application de l'article L1111-2 du code de la Santé Publique, **la signature des deux parents est indispensable pour une prise en charge des mineurs** sauf si l'autorité parentale est exercée par un seul parent. Dans ce cas, un justificatif doit être présenté à la visite d'anesthésie et en pré-admission.