

**ATTESTATION de CONSENTEMENT ECLAIRE : Chirurgicale - Anesthésique  
AUTORISATION D'OPERER**

**Document à remettre le jour de l'hospitalisation à l'infirmière du service**

**Je soussigné(e), .....**

**Pour intervention prévue le : .....**

- Agissant pour moi-même**
- Agissant pour mon enfant : .....**
- Agissant pour le majeur protégé : .....**
- Atteste avoir eu un entretien avec le Dr : .....**

exerçant à la Clinique du Val d'ouest, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

**Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie**

Au cours de laquelle j'ai reçu une information claire, complète et appropriée, sur les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée. Il m'a été remis lors de cette consultation, une fiche d'information écrite dont j'ai pris connaissance.

J'ai pu poser toutes les questions jugées utiles et bien compris les réponses fournies. J'ai été informé(e) que ces praticiens sont à ma disposition ou à la disposition de mes proches ou du médecin de mon choix, pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai pu en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.

**Pour les patients sous tutelle  
ou curatelle : signature du tuteur**

**Pour les patients mineurs :**

*Ce document doit être **obligatoirement signé** par les  
deux titulaires de l'autorité parentale  
A défaut **l'intervention ne pourra avoir lieu.**  
Si vous exercez seul l'autorité parentale,  
vous devez en apporter la preuve.  
(livret de famille / attestation de jugement)*

**Patient (ou tuteur) :**

**Patient mineur :**

Nom :
Prénom :
Signature :

<b>Mère de l'enfant</b>	<b>Père de l'enfant</b>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Tél :	Tél :
Signature de la Mère :	Signature du Père :

*- Les parents (détenteurs de l'autorité parentale) attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.*

**Fait le : .....**

**L'Article 372-2 du code civil précise :**

Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux  
- Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.