

CONSULT MEDIC CHIR
HOP ENF U.A. 0101
ALLO 58487 -




Hôpitaux de Toulouse

ETIQUETTE
PATIENT

Formulaire de consentement imposé par la loi(*)

AUTORISATION DE SOINS POUR MINEURS

Je soussigné(e) :

M. père

Mme mère

de l'enfant né(e) le

M. ou Mme représentant légal de l'enfant

Certifie avoir été informé(e) par le(s) Docteur(s)

↳ des soins que l'état de santé du patient nécessite et déclare autoriser :

les soins médicaux et paramédicaux

une intervention chirurgicale réglée prévue le : ou en urgence

une anesthésie

des transfusions sanguines éventuellement nécessaires

↳ de l'informatisation du dossier médical

↳ de la prise éventuelle de photographies (respect de l'anonymat)

↳ et de tout élément d'organisation nécessaire à la prise en charge de l'enfant durant son séjour

Fait le :

Signatures

Père

Mère

Représentant légal

*Article R-1112-35 - Code de la Santé Publique