

AUTORISATION DE SOINS ET/OU D'HOSPITALISATION D'UN PATIENT MINEUR DANS UN SERVICE DU GHRMSA - TOUS SITES

ADMISSION

Je soussigné(e) (Nom & Prénom)

.....

Demeurant

.....

.....

Père, TAP* • Mère, TAP* Responsable légal

Je soussigné(e) (Nom & Prénom)

.....

Demeurant

.....

.....

Père, TAP* • Mère, TAP* Responsable légal

• **Nous demandons l'hospitalisation dans l'une des unités du GHRMSA :**

De l'enfant (Nom & Prénom)

Né(e) le / /

• **Nous autorisons les médecins à recourir aux soins (intervention chirurgicale, anesthésie, actes biologiques, endoscopiques, radiologiques et transfusion, autre à préciser) qu'ils jugeront nécessaires pour l'enfant,**

Intervention chirurgicale Actes biologiques Nom de l'opérateur

Anesthésie Actes endoscopiques Date de l'intervention / /

Transfusion Orthogénie Médicamenteuse Chirurgicale

Actes radiologiques Autre (à préciser)

A compter du / /

L'information sur les risques a bien été transmise, oralement et/ou par écrit, et comprise. Oui Non

Fait à

le / /

Signature :

Fait à

le / /

Signature :

En cas de situation nécessitant des soins en urgence (actes non usuels),
le médecin a autorité pour prendre les décisions qu'il estimera nécessaires et indispensables.