

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.