

# Autorisation d'opérer



**Ce formulaire doit impérativement être complété et signé par tous les responsables légaux pour le jour de la consultation d'anesthésie, à remettre lors de la pré-admission, au service administratif.**



## L'hospitalisation

Date d'hospitalisation : .....

Motif d'hospitalisation : .....



## Le patient

☐ patient mineur (enfant)

Nom : .....

☐ majeur protégé

Prénom : .....

Date de naissance : .....



En l'absence de l'une des signatures des représentants légaux ou du justificatif,  
**l'intervention est susceptible d'être annulée** par le médecin, chirurgien ou médecin anesthésiste réanimateur.



## Les responsables légaux

Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique Chirurgicale Porte Océane à opérer, à pratiquer une anesthésie et/ou les soins nécessités par l'état du patient cité ci-dessus, durant la période d'hospitalisation. Nous avons été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

Responsable légal 1 - nom et prénom : .....

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur légal

☐ Autre : .....

☐ Habilitant familial

Date et signature :

J'atteste être seul titulaire de l'autorité parentale : ☐ oui (justificatif à fournir) ☐ non (remplir responsable légal 2)

Responsable légal 2 - nom et prénom : .....

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur légal

☐ Autre : .....

☐ Habilitant familial

Date et signature :

**Justificatifs à joindre impérativement avec l'autorisation d'opérer :**

Patient mineur sous la responsabilité de deux parents ..... livret de famille

Patient mineur sous la responsabilité d'un seul parent (famille monoparentale / décès d'un des parents) ..... livret de famille

Patient mineur sous la responsabilité d'un seul parent (parent déchu de l'autorité parentale) ..... jugement

Patient majeur sous mesure de protection judiciaire ..... jugement mentionnant le nom du tuteur/habillant familial