

## Document concernant l'enfant mineur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

### 1° - AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Je soussigné, certifie être le représentant légal de l'enfant désigné ci-dessus autorise l'équipe médicochirurgicale de l'Hôpital privé Sainte Marie à l'opérer mon fils ma fille (rayer la mention inutile) :

de : .....

par le docteur : .....

et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père	Mère	Tuteur (le cas échéant)
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom
Tél Domicile	Tél Domicile	Tél Domicile
Tél Portable	Tél Portable	Tél Portable
Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....
Signature	Signature	Signature

L'article 372-2 du Code Civil apporte les précisions suivantes :

- Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux.
- L'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés ou vivant en commun.
- Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne d'un enfant (acte médical bénin).

**En cas d'intervention médicale grave, le consentement des deux parents est requis.**

- En cas de désaccord entre les parents, le médecin doit saisir le juge des affaires familiales ou en cas d'urgence Mr le procureur de la république.

L'article 42 du Code de déontologie précise les obligations des médecins à l'égard d'un patient mineur.

- L'intérêt thérapeutique est toujours supérieur à l'intérêt privé (consentement)
- Le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et obtenir leur consentement
- En cas d'urgence, s'ils ne peuvent être joints, il doit donner les soins nécessaires.

### 2° - AUTORISATION DE REMISE DU PATIENT MINEUR A L'AUTORITE PARENTALE A LA SORTIE

Nous soussignons représentants légaux de l'enfant désigné ci-dessus, Certifions qu'à sa sortie de l'HPSM, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux :

Père	Mère	Tuteur (le cas échéant)
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom
Tél Domicile	Tél Domicile	Tél Domicile
Tél Portable	Tél Portable	Tél Portable
Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....
Signature	Signature	Signature

En l'absence de signatures, la présence des deux parents peut être requise dans certains cas.