

Document concernant le patient majeur sous tutelle

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

**1° - AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE EN INCAPACITE
D'EXPRIMER SA VOLONTE ET A PARTICIPER A LA DECISION**

Je soussigné(e), certifie être le tuteur légal de Mr/Mme.....désigné(e) ci-dessus autorise l'équipe
médicochirurgicale de l'Hôpital privé Sainte Marie à l'opérer :

de :

par le docteur :

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

Tuteur	
Nom	
Prénom	
Tél Domicile	
Tél Portable	
Date :...../...../.....	
Signature	

**2° - CONSENTEMENT PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE APTÉ A EXPRIMER
SA VOLONTE ET A PARTICIPER A LA DECISION**

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Né(e) le/...../.....

certifie avoir été suffisamment informé des avantages mais aussi des risques de l'intervention proposée.

J'autorise le docteur.....ou autre spécialiste de l'Hôpital Privé Sainte Marie

à m'opérer de.....

Date :/...../.....

Signature :

--

L'article L 1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise que
**"le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer
sa volonté et à participer à la décision"**.