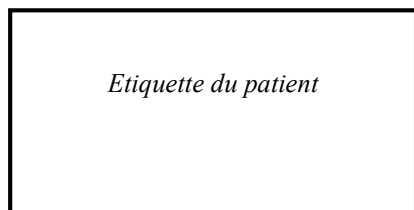
 <p>une institution de référence pour la santé des adolescent·es et des jeunes adultes</p>	AUTORISATION DE SOINS PATIENT <u>MINEUR</u> ou <u>PROTEGE</u>	003
Clinique FSEF Vence	<small>1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités 1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins</small>	Page 1 sur 1



Nom, Prénom du patient :

Né(e) le :/...../....., à

Domicilié(e) à l'adresse suivante :

Hospitalisé dans le service de la Clinique Les Cadrans Solaires:
depuis le :/...../.....

Je/Nous soussignons,

Nom, prénom (Mère) :

Nom, prénom (Père) :

Nom, prénom responsable légal (si différent des parents) :

Personne(s) à prévenir :

Nom, Prénom : Nom, Prénom :

Adresse : Adresse :

Téléphone : Téléphone :

Autorisons/autorise tout médecin de la clinique Les Cadrans Solaires, après avis préalable du mineur ou majeur protégé, dans toute mesure du possible à :

- ⇒ entreprendre toutes mesures thérapeutiques qu'il jugera nécessaire dans le cadre de sa prise en charge, sachant que nous serons régulièrement tenus informés
- ⇒ effectuer tout transfert, en transport sanitaire ou autre, dans un autre établissement hospitalier ou en consultation médicale, en cas de nécessité médicale, chirurgicale ou psychiatrique de nature préventive, diagnostique ou thérapeutique, sachant que nous serons informés dans les meilleurs délais de la situation, dans toute la mesure du possible au préalable et que cette autorisation vise à anticiper une éventuelle difficulté à nous/me joindre.

J'ai/Nous avons bien noté que :

- ⇒ l'établissement s'engage à prévenir le(s) présent(s) signataire(s) de toute aggravation de son état de santé ou d'un transfert dans un autre établissement et ceci dans les plus brefs délais
- ⇒ la présente autorisation est valable pour toute la durée du séjour à la Clinique Les Cadrans Solaires et dans tout autre établissement de soins où la Clinique Les Cadrans Solaires serait amenée à le transférer
- ⇒ ce document sera intégré à son dossier médical informatisé ainsi que sa photo pour des raisons d'identitovigilance, sachant que l'établissement s'engage à ne pas la diffuser.
- ⇒ En cas d'urgence médicale avérée, le principe de l'autorisation préalable ne s'applique pas, les soins urgents nécessaires devant être apportés (articles R.4127-36 et R.4137-42 du code de la santé publique). Dans l'éventualité d'un transfert en urgence ou d'un besoin d'opérer en urgence, le ou les représentants légaux seront le plus rapidement possible joints et tenus au courant de la situation.

Signature du père et de la mère

Ou du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

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

Signature de la mère

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

Signature du père

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

Signature du responsable légal