

# AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

## D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

Vous avez, en qualité de tuteur, été informé(e) sur l'état de santé de la personne majeure dont vous avez la charge et qui doit être hospitalisée ainsi que sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans son cas.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou le centre. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements qui concernent cette personne.

Nous vous rappelons également le principe suivant : le majeur sous tutelle doit recevoir une information médicale et participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement ; son consentement à l'acte médical devant, dans le respect de ces conditions, être systématiquement recherché.

### IDENTITÉ DU MAJEUR SOUS TUTELLE

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL : .....

PRÉNOM : ..... SEXE :  M  F

LIEU DE NAISSANCE : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

### POSITIONNEMENT DE LA PERSONNE SOUS TUTELLE APRES INFORMATION CLAIRE, LOYALE ET APPROPRIÉE DU MÉDECIN :

Acceptation  Refus  Incompréhension  Le patient n'est pas en mesure de s'exprimer

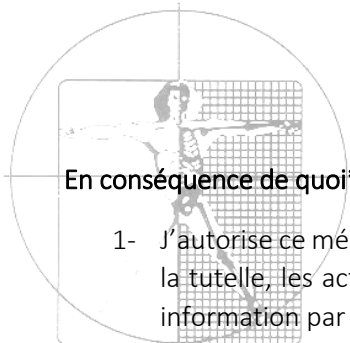
Autre (expliquer) : .....

Au cours de la consultation avec le Docteur ....., il a été convenu que Mme/M ..... (nom et prénom) dont la tutelle m'a été conférée, devrait être pris en charge dans votre centre.

Ce médecin m'a donné des informations précises sur l'état de santé de la personne dont j'ai la tutelle. Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.



**En conséquence de quoi\* :**

- 1- J'autorise ce médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer sur la personne dont j'ai la tutelle, les actes médicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin.
- 2- Je comprends que ce médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avéreraient médicalement nécessaires.
- 3- J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur la personne dont j'ai la tutelle.
- 4- J'autorise, le transfert que nécessiterait l'état de santé de la personne sous tutelle, dans un autre établissement.

*\* Rayer le paragraphe pour lequel vous ne donnez pas votre autorisation.*

**IDENTITÉ DU TUTEUR**

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL : .....

PRÉNOM : ..... SEXE :  M  F

LIEU DE NAISSANCE : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : .....  TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : .....

*Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement*

ADRESSE EMAIL : .....

En ma qualité de tuteur, je certifie que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document. Enfin, en ma qualité de tuteur, j'atteste l'exactitude des renseignements fournis dans ce formulaire.

A : .....

Date : .....

**Signature du tuteur :**

**Signature de la personne majeure sous tutelle (si possible) :**

Ce document doit être impérativement signé par le tuteur et remis à l'établissement au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.