

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERATION CHIRURGICALE POUR LES MAJEURS SOUS TUTELLE



ATTESTATION DU MEDECIN

Je soussigné(e), Docteur,
exerçant mes fonctions à la Clinique de l'Anjou à Angers, sollicite le consentement
du mandataire judiciaire à la protection des majeurs exerçant à :

ATADEM CJC UDAF Autre :

es qualité de tuteur du patient :

Nom de naissance :

Prénom : né(e) le/...../.....

pour l'acte médical suivant :

sous anesthésie : générale et/ou locorégionale locale

A la date du/...../.....

Risques de l'intervention : Confère feuille jointe, sinon préciser :

.....
.....
.....

L'intervention porte-t-elle gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne :

Non Oui :

Conformément à la législation en vigueur, notamment la loi du 4 mars 2002 relative
aux droits des malades et au Code de déontologie médicale, j'atteste :

- ❖ Que le majeur protégé a reçu une information claire et appropriée à son état sur les soins proposés et les risques encourus.
- ❖ Que le patient :
 - A donné son consentement
 - N'est pas en mesure d'exprimer sa volonté
- ❖ Que ladite intervention présente un caractère thérapeutique direct
- ❖ Que l'intervention s'avère nécessaire pour le patient.

Fait à Angers, le/...../.....

Signature du médecin

Mandataire judiciaire	Téléphone	Horaires	Mail	Fax
ATADEM	02 41 32 26 97	Lundi à Vendredi 9h-13h / 15h-17h	siege.social@atadem.fr	02 41 32 75 54
CJC	02 41 80 92 20	Lundi à vendredi 9h-12h / 14h-17h	direction@asso-cjc.org laurence.doisneau@asso-cjc.org	/
UDAF 49	02 41 36 51 00	Lundi à vendredi 9h-12h / 14h-17h	udaf.institution@udaf49.fr Antenne.SUD@udaf49.fr	02 41 36 51 01

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'OPERATION CHIRURGICALE POUR LES MAJEURS SOUS TUTELLE



CONSENTEMENT DU MANDATAIRE JUDICIAIRE A LA PROTECTION DES MAJEURS

Je soussigné(e), mandataire judiciaire à la protection des majeurs exerçant à :

ATADEM CJC UDAF Autre :

agissant es qualité de tuteur de : (Nom de naissance).....

(Prénom)..... né(e) le/...../.....

au vu des éléments ci-dessus :

Valide le consentement donné par l'intéressé(e) conformément à l'article 1111-4 de la loi du 4 mars 2002.

Consens, en mon nom, à l'acte médical décrit ci-dessus.

**Fait à Angers, le/...../.....
aux Ponts de Cé, le/...../.....**

Signature du mandataire judiciaire

**DOCUMENT COMPLETE A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT
POUR LE JOUR DE L'HOSPITALISATION : pread@clinique-anjou.fr .**

A DEFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA PAS AVOIR LIEU.

Article 1111-2, alinéa 1 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus »

Article 1111-4, alinéa 5 : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Article 1111-2, alinéa 5 : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur ».