

Autorisation de soins : patient majeur protégé

Date prévue des soins :/...../.....

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le

J'autorise les praticiens du CHNO des Quinze-Vingts à pratiquer tout acte médical nécessité par l'état de santé du patient au cours de sa prise en charge.

Patient

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

Signature :

Tuteur

NOM.....

Prénom.....

Tél.....

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

Pièce(s) à fournir :

Le jugement de placement sous tutelle désignant le tuteur

Le justificatif d'identité du tuteur