

Autorisation de soins : patient majeur protégé

Date de l'hospitalisation :/...../.....

NOM du patient.....

Prénom(s) du patient.....

Né(e) le

J'autorise les praticiens du CHNO des Quinze-Vingts à pratiquer tout acte médical, chirurgical et/ou anesthésique nécessité par l'état de santé du patient. J'ai été informé des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

L'absence de signature entraîne l'annulation de l'intervention (sauf en cas d'urgence).

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