

**CONSENTEMENT A L’ACTE D’ANESTHESIE ET DE CHIRURGIE**

**D’UN MINEUR**

*Conformément aux articles L1111-4, L1111-5, R1112-35, R4127-42 du Code de la santé publique et aux articles 372 et 372-2 du Code civil.*

Après avoir consulté les informations figurant à l’annexe 1, veuillez remplir le document et le remettre, accompagné des justificatifs demandés, lors de votre entrée dans le service.

**JE SOUSSIGNE(E)** *(cocher la ou les mention(s) utile(s))*:

 [ ]  **REPRESENTANT LEGAL 1** :

NOM DE NAISSANCE : ………………………………….. PRENOM : ………………………………………..

NOM MARITAL : …………………………………………… DATE DE NAISSANCE : ...../…../…..

ADRESSE ………………………………………………………. TEL : …………………………………………………

 [ ]  **REPRESENTANT LEGAL 2** :

NOM DE NAISSANCE : ………………………………….. PRENOM : ………………………………………..

NOM MARITAL : …………………………………………… DATE DE NAISSANCE : ...../…../…..

ADRESSE ………………………………………………………. TEL : …………………………………………………

**OU**

[ ]  **TUTEUR**

NOM DE NAISSANCE : …………………………….. PRENOM : ……………………………… TEL : ……………………………

ADRESSE ……………………………………………………….

***CERTIFIE(NT) DETENIR L’AUTORITE PARENTALE SUR L’ENFANT :***

NOM DE NAISSANCE : …………………………….. PRENOM : …………………… DATE DE NAISSANCE : ...../…../…..

 [ ]  SEUL(E)

 [ ]  CONJOINTEMENT (REPRESENTANT 1 **ET** REPRESENTANT 2)

Le(s) titulaire(s) de l’autorité parentale certifie(nt) avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les bénéfices attendus et les risques de l’intervention et autorise(nt) les médecins et chirurgiens du centre hospitalier de Valenciennes à effectuer :

Lors de l’intervention programmée le ...../…../….. ,

L’acte indiqué ci-dessous ainsi que les soins associés en rapport avec l’affection, y compris les actes d’anesthésie, les actes d’imagerie et les actes invasifs nécessaires (ex : injection de produit de contraste, transfusion…). ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Les signataires s’engagent à s’informer mutuellement de l’hospitalisation de l’enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l’évolution de son état de santé.

 **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***A remplir uniquement en cas d’absence de l’un des titulaires de l’autorité parentale :***

*Je soussigné(e) (nom, prénom, qualité)*

*------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

*Cocher la mention utile :*

[ ]  M’engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l’autorité parentale qui n’a pu être présent lors de la consultation et à le restituer lors de l’hospitalisation.

[ ]  Atteste sur l’honneur être le seul titulaire de l’autorité parentale *(exposer la ou les raisons)*

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ]  Atteste sur l’honneur ne pas connaître ses coordonnées et n’avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

Je confirme être informé(e) qu’en l’absence de consentement du second titulaire de l’autorité parentale (sauf cas exposés en annexe), aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l’absence d’urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

***Si le mineur est émancipé ou s'il dispose de la capacité de consentir aux soins (cf. annexe 1)***

**JE SOUSSIGNE(E) :**

NOM DE NAISSANCE : …………………….. PRENOM : ………………….. DATE DE NAISSANCE : ...../…../…..

Certifie avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les bénéfices attendus et les risques de l’intervention et autorise les médecins et chirurgiens du centre hospitalier de Valenciennes à effectuer :

Lors de l’intervention programmée le ...../…../….. ,

L’acte indiqué ci-dessous ainsi que les soins associés en rapport avec l’affection, y compris les actes d’anesthésie, les actes d’imagerie et les actes invasifs nécessaires (ex : injection de produit de contraste, transfusion…). ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016 (RGPD), vos données personnelles seront traitées dans le respect des dispositions en vigueur.*

Fait à Valenciennes, le : ...../…../…..

|  |  |
| --- | --- |
| **LE REPRESENTANT LEGAL 1** | **LE REPRESENTANT LEGAL 2** |
| **LE TUTEUR** | **LE MINEUR** *(Si émancipé, si en capacité de consentir, si son degré de maturité le permet)* |

**ANNEXE 1 : AUTORISATION PARENTALE SUR MINEUR**

*Conformément aux articles L1111-4, L1111-5, R1112-35, R4127-42 du Code de la santé publique et aux articles 372 et 372-2 du Code civil.*

L’accord des deux parents est requis lorsque des actes médicaux non « usuels » sont envisagés. Cela inclut une hospitalisation prolongée, un traitement invasif avec des effets secondaires notables, une intervention sous anesthésie générale ou tout autre acte nécessitant, en dehors des situations d’urgence, l’accord explicite et conjoint des deux titulaires de l’autorité parentale.

**Cas 1 : Autorité parentale conjointe : la signature des deux parents est obligatoire :**

* Parents mariés ou divorcés ;
* Parents non mariés (acte de reconnaissance effectué dans l’année de naissance de l’enfant).

A noter que les mineurs parents d’un enfant peuvent consentir aux soins pour celui-ci.

**Cas 2 : Autorité parentale exercée par un seul parent : la signature de celui-ci est requise**

* Cas des parents non mariés : lorsque la filiation n’est établie qu’à l’égard d’un seul parent ;
* En cas de décès d’un des deux parents ;
* En cas de retrait de l’autorité parentale pour un des parents (jugement à présenter)
* En cas d’exercice exclusif de l’autorité parentale par un des deux parents (jugement à présenter)

**Cas 3 : Tutelle : la signature du tuteur est requise pour les actes usuels ; pour les actes non usuels (plus invasifs) le consentement est donné par le Conseil de famille**

* Cas de la désignation d’une tutelle sur l’enfant (jugement à présenter) : parents décédés ;
* Cas particulier des pupilles de l’Etat : le Préfet est désigné comme tuteur (signature via la Direction Départementale de la Cohésion Sociale).

**Cas 4 : Le mineur émancipé**

* En cas d’émancipation par décision judiciaire : le mineur émancipé dispose de la pleine capacité juridique et peut consentir seul aux actes médicaux, sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.
* En cas d’émancipation par mariage : le mineur émancipé par mariage dispose également de la capacité de consentir seul aux actes médicaux, sans l'accord de ses parents.

**Cas 5 : Le mineur accompagné par un autre adulte que ses parents (cf. L1111-5 du code de la santé publique)**

* Le consentement des parents n'est pas requis si l'intervention est nécessaire à la santé du mineur et que ce dernier s'oppose à leur consultation pour préserver le secret médical.

**Ce document, dûment complété et signé, doit être remis au plus tard à l’admission dans le service, accompagné des justificatifs suivants :**

* La pièce d’identité des titulaires de l’autorité parentale ;
* Le livret de famille ou l’extrait d’acte de naissance de l’enfant ;
* Dans les cas de procédure judiciaire (divorce, séparation, tutelle, etc…) : copie du jugement comprenant la décision sur l’autorité parentale ou sur la tutelle ;
* Dans le cas du mineur émancipé : une preuve du mariage ou de tout document attestant de son émancipation.

**Dans le cas où les formalités ne seraient pas conformes, les médecins seront dans l’obligation de reporter l’intervention.**