

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Type d'intervention :** (à préciser)

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

**Consentement éclairé pour l'exécution d'un traitement médical ou d'un examen**  
**Patient mineur**

*(Document à remplir par le praticien avec le concours d'un représentant légal et devant être joint dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande).*

Je soussigné(e) ....., mère, père, tuteur légal\* de l'enfant mineur qui s'appelle ....., né le ....., autorise par la présente l'exécution du traitement médical ou d'un examen prévu\*.

Le médecin m'a informé par un langage clair :

- De la nature du problème de santé.
- De l'objectif, de la nécessité et de la mesure d'urgence du traitement proposé.
- Du médecin qui assurera le traitement ou l'examen prévu.
- Des avantages, inconvénients et éventuelles alternatives de traitement.
- Des conséquences potentielles, des risques d'échec ou de complications liés au traitement ou à l'examen.
- De la nature et de la durée du traitement ou de l'examen.
- De mon droit de refuser le traitement ou l'examen.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et le Dr ..... y a répondu de façon complète et compréhensible.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours d'un traitement ou d'un examen, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire le médecin à étendre celui-ci en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement, en ce compris la transfusion de sang ou de dérivés sanguins.

J'accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant le traitement ou l'examen.

Je déclare enfin avoir informé loyalement le médecin de l'état de santé antérieur de mon enfant.

J'accepte que mes photos, après avoir été anonymisées, puissent être utilisées par les soignants à des fins d'éducation ou d'information des patients et/ou pour permettre un suivi des soins (par exemple des plaies) de mon enfant par les soignants.

Je marque mon accord pour qu'au besoin les données anonymisées de mon enfant soient utilisées à des fins de recherche clinique.

Je m'engage à respecter les directives médicales qui m'ont été clairement communiquées.

Fait à ....., le .....  
Signature du parent/tuteur légal (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**(\*Biffer les notions inutiles)**