

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE INTERVENTION MÉDICALE POUR UNE PERSONNE SOUS TUTELLE

COORDONNÉES DU PATIENT SOUS TUTELLE

Nom & Prénom : ..

Né(e) le .. à ..

Adresse : ..

..

COORDONNEES MEDICALES

Nom du chirurgien / du médecin : ..

Nom de l'anesthésiste : ..

Coordonnées de l'établissement hospitalier et du service : ..

..

CARACTERISTIQUES DE L'INTERVENTION

Nature de l'intervention envisagée (*examen, soins, traitement, opération*) : ..

..

Date de l'intervention (*ou à défaut, le délai envisagé si la date n'est pas fixée*) : ..

..

Risques encourus en cas de non-intervention : ..

..

Amélioration(s) prévue(s) avec l'intervention : ..

..

Eventuels effets négatifs de l'intervention : ..

..

Nature de l'anesthésie : _____ .

L'intervention porte-t-elle gravement à l'intégrité physique de la personne ? _____ ...

(si oui, le tuteur devra saisir le juge des tutelles pour autoriser l'intervention en cas de désaccord avec la personne protégée à l'article 459 du Code Civil).

Des alternatives sont-elles envisageables pour éviter cette intervention ? _____ ..

RECHERCHE DU CONSENTEMENT DU PATIENT SOUS TUTELLE

Le consentement du patient a-t-il été recherché ?

Oui

Non

Avis du patient sur la base d'informations claires et adaptées à sa compréhension :

(acceptation, refus, incompréhension, incapacité de s'exprimer, autre) _____

Fait à _____ le _____ . Le _____

Signature et cachet

Signature du patient sous tutelle (facultatif)