



AUTORISATION DE SOINS USUELS ET NON USUELS SUR UN MINEUR

Suivi du document : Cadre Expert en Soins

Limite de validité :
04/10/2026

Réf. : DSAP-FOR-02237

Circonstance de la prise en charge du mineur :

- Urgence vitale, mineur non transférable
- Pas de place en pédiatrie dans un hôpital voisin
- Soins adaptés devant être pratiqués à l'hôpital Bichat Claude-Bernard

Etiquette du patient

Service :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa prise en charge au sein de notre service, votre enfant va bénéficier de **soins usuels**¹ et/ou de **soins non usuels**² et/ou d'une **intervention chirurgicale** pour lesquels nous sommes légalement tenus de recueillir l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir compléter les formulaires suivants qui s'applique à votre situation.

Formulaire 1 -

Soins usuels¹ : Consentement signé par 1 personne titulaire de l'autorité parentale

En qualité de titulaire de l'autorité parentale, je soussigné(e).....

Mère de l'enfant Père de l'enfant Autre préciser :

Autorise tout acte usuel dans la prise en charge de l'enfant :

Nom :Prénom :Né(e) le :

Au préalable, j'ai reçu une information relative à l'état de santé de l'enfant et à la prise en charge envisagée.

Fait à Le

Signature d'un titulaire de l'autorité parentale :

Formulaire 2 -

Soins non usuels² - Exercice conjoint de l'autorité parentale = consentement signé par les deux parents :

Nous, soussignons, (Nom/prénom/qualité)

Et (Nom/prénom/qualité)

Co titulaires de l'autorité parentale de l'enfant :

Nom :Prénom :Né(e) le :

Autorisons les praticiens de l'APHP à pratiquer sur cet enfant tous les actes médicaux nécessités par son état de santé, en particulier :

.....

.....

.....

Au préalable, nous avons reçu une information relative à l'état de santé de notre enfant, les traitements envisagés et risques éventuels liés aux actes pratiqués.

Fait à Le

Signature des deux parents :

Formulaire 3 -

Soins non usuels² - Exercice par une seule personne de l'autorité parentale = consentement de ce représentant légal

Je, soussigné(e), (Nom/prénom/qualité)

Agissant en qualité de seul titulaire de l'autorité parentales pour l'enfant :

Nom :Prénom :Né(e) le :

Autorise les praticiens de l'APHP à pratiquer sur cet enfant tous les actes médicaux nécessités par son état de santé, en particulier :

.....

.....

Au préalable, j'ai reçu une information relative à l'état de santé de l'enfant, les traitements envisagés et risques éventuels liés aux actes pratiqués.

Fait à Le

Signature :

¹Soins usuels : Actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soins qui n'exposent pas le malade a un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).

²Soins non usuels : Actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale).

PRIERE DE VOUS MUNIR D'UNE PIECE D'IDENTITE