**Informations transmises** en vue

d’une autorisation de soins / d’intervention mÉdicale sur un majeur protÉgÉ

**Nom et prénom du majeur protégé :**

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

**Date de naissance du majeur protégé :**

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

**Nom du médecin traitant du majeur protégé :**

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

**Nature de la mesure de protection :**

Sauvegarde de justice / Habilitation familiale /Curatelle (simple ou renforcée) / Tutelle Ou Mandat de Protection Future   avec mission de représentation (ou d’assistance) à la personne

**CaractÉristiques de l’intervention mÉdicale[[1]](#footnote-1) :**

Quel est le traitement, l’investigation, ou action de prévention ou curative proposée au majeur protégé ?.......................................................................................................................................................

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

Nom du chirurgien /médecin qui doit réaliser l’intervention :....................................................................

Date prévue pour l’intervention ou délai dans lequel celle-ci doit être réalisée :.......................................

Bénéfices escomptés par l’intervention/investigation :...............................................................................

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

Possibles effets indésirables/ risques encourus normalement prévisibles de l’intervention : ....................

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

Risques encourus si cette intervention n’est pas réalisée :..........................................................................

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

Existe-t-il des alternatives envisageables à cette intervention ?

oui non

Si oui, lesquelles ? ........................................................................................................................................

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

Nature de l’anesthésie : locale, régionale, générale, péridurale, autre

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

**Recherche du consentement :**

Une information appropriée a-t-elle été donnée au majeur protégé ?.......................................................

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

Le consentement du majeur protégé a-t-il été recherché de manière adaptée à ses facultés de discernement ? Si oui, qui s’en est chargé et à quelle date a eu lieu l’entretien ? …………………………..………

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

Positionnement du majeur protégé à l’issue de cet entretien ?

* Acceptation de l’intervention
* Refus
* Non compréhension
* Impossibilité de manifester son consentement

**Notes …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

Adresse de l’établissement : ........................................................................................................................

Service : ........................................................................................................................................................

N° de fax : ......./......./......./......./.......

N° de téléphone : ......./......./......./......./.......

Email : ...........................................................

Le : ........................................................................

Rempli par : ..................................................................................................................................................

Signature : Signature de la personne majeure protégée (si possible) :

1. Traitement, investigation, action de prévention ou intervention curative (chirurgicale, endovasculaire….) [↑](#footnote-ref-1)