

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ D'UN PATIENT MINEUR

But de présent formulaire

Le médecin ne peut entamer un traitement qu'après avoir obtenu le consentement libre et éclairé (informed consent) du patient. Lorsque le patient est un mineur d'âge (moins de 18 ans), ses parents ou son tuteur exercent les droits du patient de l'enfant mineur. Si toutefois le patient est en état d'évaluer raisonnablement ses intérêts, il peut exercer les droits du patient comme il l'entend et donc, accorder lui-même son consentement libre et éclairé.

Le présent formulaire constitue le consentement libre et éclairé.

Données d'identification du mineur d'âge

Prénom et nom:

Date et lieu de naissance:

Est en état d'évaluer raisonnablement ses intérêts: oui non

Données relatives à la personne représentant le mineur

Prénom et nom:

Lien avec l'enfant: père mère tuteur

Médecin traitant

Prénom et nom:

Traitement médical proposé

Date prévue:

Traitement proposé:

.....

.....

Informations transmises

Le médecin traitant donne dans un langage clair et compréhensible des informations précises au représentant du patient mineur/ ainsi qu'au mineur au sujet de l'état de santé de ce dernier. Le médecin traitant donne dans un langage clair, simple et compréhensible au représentant du mineur/ainsi qu'au mineur des explications au sujet du traitement proposé. Le médecin traitant donne donc toutes les informations jugées pertinentes et aborde entre autres les points suivants:

- le but, la nature et le degré d'urgence du traitement;
- la durée du traitement;
- la fréquence des traitements;
- les contre-indications dont il convient de tenir compte;
- les effets secondaires et les risques de l'intervention;
- les soins postopératoires;
- le traitement administratif;
- les traitements alternatifs possibles;
- les conséquences financières;
- les conséquences d'un refus ou d'une rétraction éventuels.

Le médecin traitant a donné enfin à tout le monde amplement l'occasion de poser des questions.

Consentement du représentant

Après avoir reçu ces informations, je donne, en ma qualité de représentant du mineur d'âge, mon consentement éclairé au médecin traitant afin:

- qu'il procède au traitement proposé, à l'opération chirurgicale éventuelle sur le patient mineur ainsi qu'à l'anesthésie qui s'impose à cet effet;
- qu'il étende, au cours de l'opération, le traitement proposé avec tous les traitements supplémentaires qu'on ne pouvait prévoir initialement, mais qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical pour assurer le maintien de l'état de santé et le rétablissement du mineur d'âge.

Lu et approuvé (mention manuscrite):

Date: / /

Signature:

Consentement du mineur en état d'exprimer sa volonté

Après avoir reçu ces informations, je donne, en tant que patient mineur en état d'évaluer raisonnablement mes intérêts, au médecin traitant mon consentement éclairé afin:

- que celui-ci procède au traitement médical proposé, à l'opération chirurgicale éventuelle et à l'anesthésie qui s'impose à cet effet;
- qu'il étende, au cours de l'opération, le traitement proposé avec tous les traitements supplémentaires qu'on ne pouvait prévoir initialement, mais qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin d'assurer le maintien de mon état de santé et mon rétablissement.

Lu et approuvé (mention manuscrite):

Date: / /

Signature:

Déclaration du médecin traitant

Le soussigné médecin traitant déclare avoir expliqué la nature et le but du traitement médical proposé au représentant du mineur ainsi qu'au mineur personnellement. Le représentant du mineur et le mineur en personne ont exprimé leur consentement éclairé quant au traitement médical proposé, à l'intervention chirurgicale éventuelle et à l'anesthésie indispensable à cet effet sur un enfant.

Date: / /

Signature: