

C.H.A.M. Pôle Chirurgie	AUTORISATION D'OPERER POUR PATIENT SOUS TUTELLE	Validé le : 2006 Modifié le : 25/01/2012	N° : E SIP 111-1 Page 1/1
-------------------------------	--	--	------------------------------

A signer au cours de la consultation de chirurgie ,d'endoscopie ou d'anesthésie ou à renvoyer signée une semaine avant l'intervention au secrétariat de Chirurgie ambulatoire :

- **Par FAX : 02-38-95-91-78**
- **Par Mail : secretariat.chira@ch-montargis.fr**
- **Par courrier : CHAM, secrétariat de Chirurgie ambulatoire, 658 rue des Bourgoins, 45200 Amilly**

Après information reçue du Docteur :, chirurgien

et du Docteur :, anesthésiste

Je soussigné(e) M., Mme ou Mlle ⁽¹⁾ Nom.....Prénom..... Autorise
en qualité de titulaire(s) de l'autorité de tutelle de :Nom.....Prénom.....

- Les actes chirurgicaux suivants :

- ainsi que tout acte non prévu que le chirurgien estimerait nécessaire en cours d'intervention soient effectués sous anesthésie locale, locorégionale, générale ou sous sédation sur le patient sous tutelle, susnommé.
- J'ai été prévenu(e) que le choix final de la technique anesthésique incombait au médecin responsable de l'anesthésie le jour de l'intervention. **Ce dernier peut ne pas être celui qui m'a reçu en consultation.**

Fait à

Le

Signature du titulaire de **l'autorité de tutelle** :

(1) : **Rayer la mention inutile**