

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

ENFANT ou **ADULTE DPAM** :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable du C.H.D. fera appel :

* soit à votre médecin traitant

* soit au SAMU (Tél : 15)

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

*** Numéro de téléphone ou vous pouvez être joint rapidement :**

Père : _____



Mère : _____

*** Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami :**

NOM/prénom : _____



NOM/prénom : _____



NOM/prénom : _____

Médecin traitant : _____  _____

Adresse : _____

Etablissement de soins choisi :☐ Hôpital _____ ☐ Clinique _____

Je soussigné(e) : Madame _____

Monsieur _____

* autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale et anesthésie nécessaire.

* autorise le responsable de l'établissement (CHD) à demander l'admission en établissement de soins.

NB : un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Signature du père, de la mère Ou du responsable légal

Date :