

## AUTORISATION POUR LA POLYSOMNOGRAPHIE POUR LES MINEURS OU MAJEURS PROTEGES

**FEUILLET B**  
**DOCUMENT OBLIGATOIRE**  
**LE JOUR DE L'EXAMEN**

Etiquette patient

### AUTORISATION À L'ACTE MÉDICAL SUR UN MINEUR ou MAJEUR PROTEGE

#### Identité du patient concerné :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Mme / M (nom-prénom) \_\_\_\_\_

Déclare avoir été informé(e), par le Dr COSTE ou Dr MARIAUD GALLIAUD du déroulement de l'examen proposé.

JE DÉCLARE : ☐ Exercer en commun avec Mme/M \_\_\_\_\_ l'autorité parentale sur le mineur susnommé.

**Attention il est impératif d'avoir la signature des 2 parents. Sans cette autorisation, votre enfant ne pourra effectuer l'examen.**

☐ Être seul investi de l'autorité parentale sur le mineur susnommé (copie de l'extrait de jugement)

☐ Être le tuteur chargé de représenter le patient susnommé dans tous les actes de la vie civile (Copie de la décision de justice).

Fait à : ..... Le : .....

#### Signature des titulaires de l'autorité parentale ou tuteur, suivie de la mention « Lu et approuvé »

Le père

La mère

Le tuteur

Le patient majeur

#### Recherche consentement du mineur de plus de 15 ans et 3 mois :

Je, soussigné(e) Mme/M (nom-prénom) \_\_\_\_\_  
déclare avoir été informé(e) par le Dr \_\_\_\_\_  
du déroulement de l'examen proposé, des risques générés et des complications  
pouvant survenir lors de cet acte.

**Signature du mineur suivie de la  
mention « Lu et approuvé »**

#### Document à joindre obligatoirement pour les mineurs ou majeurs protégés :

- Copie de la carte d'identité du mineur si plus de 15 ans et 3 mois
- Copie du livret de famille, copie de la carte d'identité des parents
- Copie de l'extrait de jugement attribuant l'exclusivité de l'autorité parentale ou jugement de placement sous tutelle.

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.



Dans les cas d'urgence reconnu le médecin doit **donner les soins nécessaires** (Art R4127-42 CSP).