

Étiquette patient
ou nom prénom
date de naissance

Autorisation de soins ou d'interventions d'un majeur protégé

Je soussigné (e) Mme/M. mandataire judiciaire à la protection des majeurs,

☐ atteste avoir été informé (e) des soins, investigations et interventions anesthésiques et chirurgicales

nécessités par l'état de santé de Mme/M.,

☐ consent en ma qualité de tuteur que Mme/M., bénéficie des soins,

investigations et interventions anesthésiques et chirurgicales nécessités par son état de santé.

Date :/...../.....

Signature :

Cachet :