Autorisation de consentement à un traitement médical d’urgence sur un-e mineur-e

**(Traduction «Treatment of Minor»)**

*Dans de rares cas, une urgence peut nécessiter une hospitalisation et/ou une opération. Puisqu’aucune narcose ni opération ne peut en principe être entreprise sur un-e mineur-e sans autorisation écrite de ses parents, de son tuteur ou de sa tutrice, ceux-ci sont priés de signer la présente déclaration. Tous les efforts seront entrepris pour prendre contact avec les parents, le tuteur ou la tutrice avant un traitement d’envergure. La présente déclaration a pour fonction d’éviter un report risqué de l’intervention en cas d’urgence, au cas où les parents, le tuteur ou la tutrice ne pourraient être atteints.*

Je soussigné-e/Nous soussigné-e-s, parent(s)/tuteur/tutrice de ................................................, encore mineur-e, autorise/autorisons par la présente Madame/Monsieur……………. et Madame/Monsieur……………… à consentir, en tant que représentant-e-s du/de la/des signataire(s), à une radiographie, une narcose, un diagnostic médical, un diagnostic chirurgical ou un traitement, ou encore à procéder à une hospitalisation dans la mesure où cela semble urgemment indiqué à un médecin ou à un chirurgien praticien.

Il va de soi que cette autorisation est donnée au préalable dans le but de permettre au/à la représentant-e susmentionné-e//aux représentant-e-s susmentionné-e-s de consentir aux traitements médicaux précités s’ils semblent indiqués au médecin en toute bonne foi.

Cette autorisation est valable du ………… au …………….. dans la mesure où elle n’a pas été révoquée par écrit avant cette date.

1. Ma/Notre fille//Mon/Notre fils prend actuellement les médicaments suivants:
2. Contre:
3. Dosage/fréquence:
4. A récemment subi l’opération suivante (date):
5. Est allergique à:
6. Autres remarques concernant un éventuel traitement médical d’urgence:

Signature du/de la/des titulaire(s) de l’autorité parentale: ……………………………………………………

Date: ……………………………………………………

AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

**(see reverse for French translation)**

*In case of a medical emergency, some treatments – such as narcosis or operations – cannot be administered to minors without the written consent of their parents or legal guardian(s). It is therefore advisable that the parents or legal guardian(s) sign this authorization to consent, if the treatment must be administered very quickly or if the attempts to contact the parents or legal guardian(s) would fail.*

(I) (We), the undersigned, parent(s)/legal guardian(s) of .......................................................................... a minor, do hereby authorize Mr/Mrs ………..and Mr/Mrs……………as agent(s) for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of the physician or surgeon in charge.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may seem advisable.

This authorization shall remain effective from …….. until………., 2018 unless sooner revoked in writing delivered to said agent(s).

1. Our daughter / son is presently taking the following medicine:
2. for (symptoms):
3. dosage / time:
4. has had recent surgery on (date):
5. has allergies:
6. further remarks important for treatment in an emergency:

Signature of parents: …………………………………………………..

Date: …………………………………………………..