

INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MALADE MINEUR

Responsable du service
Pr Philippe Couratier

Accueil
Tél. : 05 55 05 65 61
Fax : 05 55 05 65 67

Praticiens hospitaliers
Pr Laurent Magy
Pr Jean-Michel Vallat
Dr Francisco Macian-Montoro
Dr Frédéric Tornay
Dr Karima Ghorab

Chefs de clinique
Dr Géraldine Lautrette
Dr Catherine Labach
Dr Magalie Rabin

Centre expert SLA
Tél. : 05 55 05 65 59

Centre de référence
neuropathies périphériques rares
Tél. : 05 55 05 86 74
crm.n@chu-limoges.fr

Centre Mémoire Ressource
et Recherche (CM2R)
Tél. : 05 55 43 12 15

Centre de compétence AMS
Tél. : 05 55 05 65 60

Centre de compétence
démences rares
Tél. : 05 55 05 65 61

Explorations fonctionnelles
neurologiques
Tél. : 05 55 05 65 30

Unité neuro-vasculaire
Tél. : 05 55 05 65 65

Génétique
Pr Benoît Funalot
Tél. : 05 55 05 65 60

Médecins attachés
Pr Benoît Funalot
Dr Frédéric Chazot
Dr André Milor

Neuropsychologues
Michèle Chazot-Balcon
Marianne Chouly

Cadre supérieur de santé
Sylvie Bonnin
Tél. : 05 55 05 65 32
Cadre de santé
Martine Dumazeaud
Tél. : 05 55 05 15 71

Hospitalisation
Tél. : 05 55 05 65 61
•Aile A
Poste 51581
•Aile B
Poste 51583
•Soins continus
Poste 51582
•USI-NV
Poste 51582

Je soussigné(e)..... (1), Docteur en Médecine, certifie :

- avoir donné ce jour en termes clairs, simples et loyaux à M..... représentant légal de l'enfant mineur.....(2), selon les règles fixées par le Code de Déontologie Médicale (3), toutes les informations nécessaires sur son état et les risques en résultant, les traitements, soins et interventions proposés, ainsi que sur les risques et conséquences d'ordre physique ou psychologique qu'ils pourraient entraîner,
- m'être assuré de la bonne compréhension de ces informations par l'intéressé(e).

A Limoges, le.....

signature du médecin

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant mineur.....(2) :

reconnais avoir été informé sur son état et les risques en résultant, le traitement, les soins et les interventions proposés, ainsi que les risques et conséquences d'ordre physique ou psychologique qu'ils pourraient entraîner,

- certifie avoir pu librement poser au praticien ci-dessus toutes les questions relatives à l'état de santé de mon enfant mineur, et
- consens librement et en toute connaissance de cause à ce que le traitement ou l'intervention ci-dessous désigné(e) :

.....

.....

ainsi que tout traitement ou intervention découlant d'un fait nouveau impliquant une décision urgente soient pratiqué(e)s par les équipes du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Limoges.

- reconnais avoir été informé que le prélèvement effectué pourra être utilisé à des fins diagnostiques et/ou de recherches.

A Limoges, le.....

signature du représentant légal

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant mineur :(2) :

- reconnais avoir été informé que lors du traitement ou intervention ci-dessus désigné, un prélèvement de peau de très petite taille (3 mm de diamètre) pourra être effectué et utilisé à des fins diagnostiques ou de recherche.
- consens librement et en toute connaissance de cause à ce que ce prélèvement soit pratiqué.

A Limoges, le.....

signature du représentant légal

Les entretiens ont-ils donnés lieu à l'intervention d'un tiers pour traduction ?

Si oui, langue utilisée par le patient :

Nom et adresse de l'intervenant :

(1) Nom et Prénom du médecin hospitalier.

(2) Nom et Prénom du malade

(3) Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance du diagnostic ou d'un pronostic grave (article 42 du Code de Déontologie Médicale).

**Un exemplaire est remis au représentant légal.
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical.**