

CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT HOSPITALIER DE RÉADAPTATION POUR UNE PERSONNE DE MOINS DE 18 ANS

NOM DE FAMILLE DU/DE LA PATIENT(E) PRÉNOM		INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM
NUMÉRO DU DOSSIER		
ÉTABLISSEMENT		UNITÉ

INSTRUCTIONS : Préparer un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e).

Je, soussigné(e), consens par la présente au traitement du/de la patient(e) identifié(e) ci-dessus dans l'établissement susmentionné. Je comprends qu'il/elle sera hébergé(e) dans l'unité ouverte, traité(e) avec les patients adultes et soumis(e) aux règles de l'établissement. Je comprends qu'il/elle a le droit de sortir de l'établissement susmentionné à tout moment. Je comprends également qu'il/elle peut se voir accorder des laissez-passer pour quitter l'établissement, et qu'il/elle peut être autorisé(e) à sortir par le directeur de l'établissement selon le jugement clinique du personnel.

(Signature du parent ou tuteur/tutrice, le cas échéant)

(Nom du parent ou tuteur/tutrice en caractères d'imprimerie)

(Lien avec le/la patient[e])

(Date)