

# AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

## IDENTITÉ DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Médecin en charge de l'hospitalisation : .....  
Date d'hospitalisation : .....

## LE TUTEUR

Il est rappelé que la qualité de tuteur doit être justifiée par la production de la décision de Justice n'ayant pas fait l'objet d'une révocation.

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Date de l'ordonnance du juge des tutelles nommant le tuteur : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation prochaine du majeur dont j'assume la tutelle désigné ci-dessus.  
Fait le : .....  
À : .....  
Signature :

## LE MAJEUR SOUS TUTELLE (LE PATIENT)

(Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision)

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à mon hospitalisation prochaine.  
Fait le : .....  
À : .....  
Signature :

Ce document doit être impérativement signé par le tuteur et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.

**MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER**