

## Consentement éclairé traitement médical mineur(e)

Quand le patient est mineur, ses parents ou tuteur exercent les droits de patient du mineur. Les parents donnent un consentement éclairé. Si le mineur est capable de faire une appréciation raisonnable de ses intérêts, il peut exercer ses droits de patient de façon autonome. Le mineur donne lui-même son consentement éclairé.

Madame, Monsieur,  
Mademoiselle, Monsieur,

Comme représentant d'un patient mineur/patient mineur qui est capable d'exprimer ce qu'il (elle) veut, vous avez le droit d'être informé de l'état de santé du mineur/votre état de santé et du traitement recommandé. Vous ne pouvez que prendre une décision si vous êtes suffisamment informé quant à la raison, le but, la durée et la nature du traitement, le degré d'urgence et la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires physiques et/ou psychiques, les risques pertinents, les alternatives de traitement éventuelles, les conséquences d'un refus ou retrait de consentement, les soins après le traitement et la période de convalescence et les complications possibles et les coûts. Cette information n'a nullement l'intention de vous inquiéter. Le seul but est de vous informer suffisamment de sorte que vous puissiez prendre la bonne décision si le mineur/vous doit oui ou non subir le traitement.

Demandez des explications au médecin si vous ne comprenez pas (entièrement) l'information. Le médecin prendra son temps pour répondre à vos questions additionnelles.

Je, soussigné .....,  
si d'application, le représentant légal de .....,  
né le ..... / ..... / .....  
déclare explicitement qu'au cours de la consultation du docteur le / /  
il a été convenu que le traitement ..... le / /  
sera effectué à l'hôpital "Sint-Vincentiusziekenhuis" à Deinze,

- Le médecin traitant m'a donné, le ..... /..... /..... des informations précises relatives à l'état de santé du mineur et au diagnostic (.....) qui rend ce traitement médical nécessaire.
- Le médecin m'a donné des renseignements, en des mots clairs et compréhensibles, en ce qui concerne l'importance du traitement médical proposé ainsi que concernant l'évolution possible si le traitement mentionné ci-dessus n'est pas effectué. Le médecin m'a également informé des alternatives de traitement - si elles existent - avec leurs avantages et désavantages.
- Le médecin m'a clairement décrit la nature et le but du traitement médical ainsi que les contre-indications, les désagréments qui en découlent ou peuvent en découler, ainsi que les effets secondaires, les risques et les complications éventuelles du traitement, aussi bien à court qu'à long

terme. J'ai également eu des explications concernant les soins après le traitement et la période de convalescence.

- Je comprends que l'énumération des complications possibles ne peut jamais être complète et qu'aucun engagement ne peut être pris concernant le résultat final.
- Le médecin m'a expliqué que l'équipe médicale peut être obligée, au cours du traitement médical, par des circonstances imprévues, d'étendre le traitement par des traitements supplémentaires différents de ceux qui ont été prévus initialement, mais qui sont absolument nécessaires pour des raisons médicales. J'ai reçu des explications relatives à ces extensions raisonnablement prévisibles. Je donne l'autorisation au médecin d'exécuter, au cours du traitement, tous les actes qui sont médicalement nécessaires pour le maintien ou le rétablissement de l'état de santé du mineur.
- J'ai également été informé du fait que, dépendant du type de chambre choisi, des suppléments de chambre et d'honoraires peuvent être réclamés (150% de supplément d'honoraires en cas d'une chambre individuelle), comme expliqué dans la déclaration d'admission qui me sera soumise au moment de mon admission à l'hôpital. Si j'ai encore d'autres questions relatives aux coûts et à la facturation, je peux m'adresser au service de facturation. Je m'informerai moi-même quant à l'intervention éventuelle de mon assurance hospitalisation.
- En ce qui concerne la prise de photos du traitement à des fins scientifiques:
  - Je suis d'accord que des photos cliniques sont prises pendant et après le traitement comme complément au dossier médical
  - je ne suis pas d'accord.
- J'ai eu l'occasion à poser des questions et le médecin a répondu de façon suffisante et complète. J'ai bien compris les réponses.
- Je donne l'autorisation à exécuter le traitement médical décrit ci-avant sous les conditions comme exposées ci-avant.
- Je me réalise que pour ce traitement, malgré les meilleurs soins du médecin traitant et de l'autre personnel médical, infirmier et soignant, il n'y a pas de garantie absolue de succès.
- Je déclare que j'ai complètement informé le médecin de l'état de santé préexistant du mineur/ mon état de santé préexistant et que j'ai répondu aux questions en toute honnêteté..

Ce document est joint au dossier médical.

Fait en deux exemplaires à Deinze le ... / ..... / .....

Nom et prénom du représentant précédés  
de la mention "lu et approuvé"

Signature et cachet du médecin

OU Nom et signature du mineur précédés  
de la mention "lu et approuvé"