

Patient(e) (Nom / Prénom) : _____

Date de naissance : ____/____/____

N° patient : _____

Date de l'acte prévu : ____/____/____

Médecin : Dr _____

Procédure : _____

CADRE LÉGAL — LOI DU 22 AOÛT 2002 RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

La loi belge du 22 août 2002 (art. 12 à 15) prévoit des règles spécifiques pour les patients mineurs et les personnes sous mesure de protection judiciaire. Ce formulaire complémentaire est requis en sus du formulaire de consentement habituel.

1. Patient mineur (moins de 18 ans)

Conformément à l'art. 12 de la loi, le consentement est exercé par les parents ou le représentant légal. Cependant, le mineur est impliqué dans la mesure du possible selon son âge et sa maturité. À partir de 14 ans environ (appréciation au cas par cas), le mineur peut exercer lui-même ses droits s'il est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Si le mineur est en mesure d'apprécier ses intérêts (mineur mature) : la loi lui permet d'exercer ses droits de manière autonome (art. 12 §2) ; par prudence institutionnelle, la clinique recueille la signature conjointe du mineur et de son représentant légal. En cas de divergence, l'intérêt du patient prime.

2. Patient sous mesure de protection judiciaire

Conformément à l'art. 14 de la loi, le consentement est exercé par l'administrateur de la personne, expressément habilité par le juge de paix à exercer les droits du patient — l'administrateur de biens ne peut pas, à ce seul titre, consentir aux soins. Dans la mesure du possible, le patient protégé est impliqué dans la décision. L'administrateur doit agir dans le seul intérêt du patient.

Document requis : Copie de l'ordonnance de désignation de l'administrateur ou du tuteur — à joindre au dossier médical.

3. Urgence — art. 8 §5 loi 22/08/2002

En cas d'urgence où le représentant légal ne peut être contacté à temps, le praticien peut agir dans l'intérêt immédiat du patient. Cette décision doit être documentée au dossier avec justification.

Toute procédure élective sur un mineur ou patient protégé ne peut être planifiée qu'après une consultation préalable permettant l'information du représentant légal dans les délais requis.

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL / ADMINISTRATEUR

Nom / Prénom : _____

Lien avec le patient : ☐ Père ☐ Mère☐ Tuteur ☐ Administrateur

N° de téléphone : _____

Type de représentation :

☐ Autorité parentale (mineurs)☐ Tutelle (mineur sans autorité parentale)☐ Administration de la personne (adulte protégé)☐ Décision judiciaire d'urgence

CONSENTEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Avant de signer, relisez l'intégralité du formulaire de consentement principal (recto et verso). Ce document complémentaire confirme la capacité et la qualité du représentant légal à consentir.

Je soussigné(e) :

- Déclare agir en qualité de représentant légal du patient identifié ci-dessus et avoir la capacité juridique d'exercer ses droits en matière de soins de santé ;
- Ai reçu, en temps utile, une information claire et appropriée concernant la procédure proposée, ses risques, ses bénéfices et ses alternatives ;
- Ai eu la possibilité de poser toutes les questions souhaitées et d'obtenir des réponses satisfaisantes, et sais que je peux me faire assister d'une personne de confiance ;
- Confirme que le patient a été informé de manière adaptée à son âge et à ses capacités de compréhension ;
- Sais que je peux retirer ce consentement à tout moment, sans préjudice pour la prise en charge (art. 8 §4 loi 22/08/2002) ;
- Donne mon consentement libre et éclairé, au nom du patient, pour la réalisation de l'intervention telle que décrite dans l'intégralité du formulaire de consentement joint.

Représentant légal

Nom / Prénom : _____

Fait à _____, le ____/____/____

Signature : _____

Praticien

Dr _____

Date : ____/____/____

Signature : _____

Si mineur mature (≥ 14 ans environ) — consentement conjoint :

Le/la patient(e) déclare également avoir été informé(e) de manière adaptée et donne son accord :

Nom / Prénom du mineur : _____

Date : ____/____/____

Signature : _____

