

## **AUTORISATION PARENTALE** **POUR INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE A UN MINEUR**

### **À compléter par le parent/tuteur :**

JE SOUSSIGNÉ(E) (Nom et prénom) .....

PÈRE     MÈRE     TUTEUR     RÉPONDANT

DONNE AUTORISATION A L'IMAGERIE MEDICALE DE SAVANNAH DE PRATIQUER UNE INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE SUR L'ENFANT (Nom et prénom de l'enfant) .....

LORS DE L'EXAMEN QUI SE DÉROULE LE.....

A .....

MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU/DES MÉDICAMENT(S) (A COMPLETER PAR LE MANIPULATEUR RADIO) :

- Nom complet du/des produits.....
- Mode d'administration.....
- Dosage.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT : .....

**DATE ET SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR**