

**CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BICETRE**

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICETRE CEDEX
Standard : 01.45.21.21.21

**Pôle Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif
et Urinaire**

**Hépatologie et Transplantation
Hépatique Pédiatriques**

Centre de Référence de Maladies Rares



CENTRE DE RÉFÉRENCE
ATRÉSIE DES VOIES BILIAIRES
ET CHOLESTASES GÉNÉTIQUES

Accueil ☎ : 01 45 21 31 67
☎ : 01 45 21 28 16

PROFESSEUR E. GONZALES
Chef de service (PU-PH)
Secrétariat (Mme Cabriole) : 01 45 21 31 64

DOCTEUR B. HERMEZIU (PH)
Secrétariat (Mme Hernandez) : 01 45 21 37 86

DOCTEUR O. ACKERMANN (PH)
Secrétariat (Mme Dol) : 01 45 21 31 69

DOCTEUR A. THEBAUT (PH)
Secrétariat (Mme Hernandez) : 01 45 21 37 86

Docteur M. ALMES (PH)
Secrétariat (Mme Dol) : 01 45 21 31 69

Docteur A. GARDIN (CCA)
Secrétariat (Mme Lechevallier) : 01 45 21 31 70

DOCTEUR J. COHEN
Attaché d'hépatogastro-entérologie
Secrétariat (Mme Gigout) : 01 45 21 31 70

DOCTEUR V. LACROIX (CCA)
Secrétariat (Mme Lechevallier) : 01 45 21 31 70

DOCTEUR Y. ZIADI
Attachée d'hépatogastro-entérologie

Laetitia CATRY
Cadre de soins
01 45 21 37 87

Steffie LONGHI
Secrétaire Hospitalière
01 45 21 31 67

Emilie PLANCHENAU
Infirmière coordinatrice
01 45 21 21 21, DECT 14 314

Isabelle FRITEAU
Technicienne d'études cliniques
01 45 21 37 90

Maia CISSE DEJEAN
Psychologue
01 45 21 20 28

Laurine PERON
Assistante sociale
01 45 21 32 06

Marie DACUNHA
Marie COTREL
Diététiciennes
01 45 21 31 05

Julia MALPHETTES
Psychomotricienne
01.45.21.38.07

Madame, Monsieur,

Votre enfant doit être hospitalisé prochainement dans le service d'Hépatologie et de Transplantation Hépatique Pédiatriques en vue d'une intervention chirurgicale et/ou d'un examen pratiqué sous anesthésie locale ou générale.

Pour que cet examen et/ou cette intervention puisse être réalisé, il est **indispensable que nous disposions de votre consentement écrit**. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir compléter la formule qui s'applique à votre cas avant votre venue dans notre service et de nous la renvoyer par email à l'adresse **steffie.longhi@aphp.fr**.

Sans la signature des personnes ayant l'autorité parentale, l'examen ne pourra pas être réalisé, veuillez donc à remplir la bonne formule.

Formule n°1 :

Nous soussignés, Madame _____
et Monsieur _____, **co-titulaires**
de l'autorité parentale, autorisons l'intervention sous anesthésie prévue pour notre
enfant _____ né (e) le ____/____/_____.

A _____ le ____/____/_____.

Signature des deux parents :

Formule n°2 :

Je soussigné(e), _____, agissant
en qualité de **seul titulaire de l'autorité parentale**, autorise l'intervention sous
anesthésie prévue pour mon enfant _____,
né le ____/____/_____.

A _____ le ____/____/_____.

Signature :

Quelle formule compléter :

N°1 (autorité parentale conjointe : signature des deux parents obligatoire)

Enfant légitime (parents mariés)

Parents divorcés ou séparés de fait

Enfant naturel reconnu par les deux parents avant 1 an révolu et si les deux parents vivent ensemble au moment de la reconnaissance.

N°2 (autorité parentale exercé par un seul parent)

Enfant légitime en cas de décès d'un parent, perte ou retrait de l'autorité parentale pour un parent divorcé lorsque le juge a confié l'autorité parentale à un seul des parents.

Enfant naturel lorsque la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul parent.