

CADRES RÉSERVÉS A L'ETABLISSEMENT

Contrôle du Livret d'Information Patient

Rubriques complétées et/ou signées :	OUI	NON
• Identification du patient (verso couverture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Questionnaire patient (p. 7 à 9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autorisations du patient (p.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Engagement du patient hospitalisé (p. 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrôle N°1 : Secrétaires Accueil

NOM :
SIGNATURE :

Contrôle N°2 : IDE du Service de Soins

NOM :
SIGNATURE :



Livret d'Information Patient

Service de Médecine

ÉLÉMENT DU DOSSIER MEDICAL

ATTENTION !

Ce livret est à compléter et à rapporter impérativement pour votre admission accompagné des documents suivants :

- **Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité**
- **Votre carte vitale d'assuré social A JOUR ou une carte d'affiliation à un autre organisme**
- **Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle**
- **La photocopie de l'ordonnance de votre traitement médical personnel en cours**
- **Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)...**
- **Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une**

Ce livret sera inséré dans votre dossier patient.

Hôpital Privé Toulon Hyères - Sainte Marguerite
Avenue Alexis Godillot 83400 HYERES
Tél : 0 826 00 90 83 - Fax : 04 94 12 55 67
hpth-sainte-marguerite.fr

Identification du Patient

Article L162-21 du Code de la Sécurité Sociale :

« (...) Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. »

Manuel de Certification V2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS), critère 15a :

« Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte thérapeutique ou diagnostique. »



L'identitovigilance a pour objet la surveillance et la gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients tout au long de leur prise en charge (soins, administrative...) et de leur parcours dans l'établissement.

Afin de répondre à l'Instruction N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins, lors de votre hospitalisation, **nous vous identifierons par votre nom de naissance.**

Un **bracelet d'identification** vous sera posé lors de votre admission dans le service de soins, vous le conserverez tout au long de votre séjour dans notre établissement.



Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél Portable

Adresse mail

Cadre réservé à l'Etablissement

Etiquette Patient

Les Établissements Sainte Marguerite

Clinique
du Golfe de Saint-Tropez



Pôle de Santé du Golfe
RD 559 - RP Général D. Brosset 83580 GASSIN
Tél : 04 98 12 70 00 Fax : 04 98 12 70 04
www.clinique-golfe-saint-tropez.fr



Sainte Marguerite



Avenue Alexis Codillot 83400 HYERES
Tél : 0 826 00 90 83 Fax : 04 94 12 55 67
hpth-sainte-marguerite.fr



Hôpital Privé
Toulon Hyères

Saint Jean



Avenue Georges Bizet 83000 TOULON
Tél : 0 826 00 44 83 Fax : 04 94 16 30 58
hpth-saint-jean.fr



Saint Roch



99 avenue Saint-Roch 83000 TOULON
Tél : 0 826 46 26 00 Fax : 04 94 18 89 23
hpth-saint-roch.fr



Clinique de La Ciotat



Boulevard Lamartine 13600 LA CIOTAT
Tél : 0 826 20 75 80 Fax : 04 42 08 73 44
www.clinique-de-la-ciotat.fr



Vert Coteau



96, Avenue des Caillols 13012 MARSEILLE
Tél : 0 826 20 73 12 Fax : 04 91 18 65 27
www.vertcoteau.fr



Hôpital Privé
Marseille

Beauregard



23, Rue des Linots - 13012 MARSEILLE
Tél : 08 25 74 34 34 Fax : 04 91 12 10 15
hpm-beauregard.fr



Soins Assistance



Le Plein Ouest Bât C - 1, Rue Albert Cohen
13016 MARSEILLE
Tél : 04 96 20 66 66



Centre de La Seyne

Avenue Jules Renard
83500 La Seyne sur Mer
Tél. : 04 98 00 25 36 Fax : 04 98 00 25 35
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Toulon

Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean
1 avenue Georges Bizet
83000 TOULON
Tel : 04 94 16 67 67 Fax : 04 94 16 67 68
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Gassin

Espace Santé Gassin
Quartier Saint-Martin - D559
83580 GASSIN
Tél. : 04 94 43 39 03 Fax : 04 94 43 39 05
www.association-dialyse-varoise.fr



Association de
Dialyse Varoise
A.D.I.VA
A.D.I.V.A.
LA SEYNE TOULON GASSIN



Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) dans un des Etablissements Sainte-Marguerite. Les Praticiens, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Le Praticien qui vous prendra en charge lors de votre hospitalisation vous a remis ce jour ce « livret d'information du patient ».

Comme son nom l'indique, et selon la réglementation en vigueur, ce livret a pour objectif de regrouper les informations médicales et administratives nécessaires vous concernant, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui vous seront prodigués.

Vous devrez **lire et compléter** avec attention les différents documents (informations, questionnaires, autorisations) composant ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans nos établissements. Vous pourrez, si nécessaire, les remplir avec l'aide de vos proches et/ou de votre Médecin traitant et/ou l'équipe soignante.

Il est essentiel de vous présenter muni(e) de ce livret complété et signé à l'accueil de l'Etablissement lors de votre admission.

Nous compléterons également notre information concernant votre séjour par un livret d'accueil qui vous sera remis.

Nous souhaitons que ce livret d'information contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les Etablissements Sainte-Marguerite.

Docteur Bruno THIRE
Directeur Général

A COMPLETER SI VOUS ÊTES...



Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle
A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information

Coordonnées du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom :
Prénom :
Lien avec le patient :
Tél. :
Portable :

Signature du représentant
ou tuteur du patient

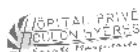
⁽¹⁾: une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

... SOMMAIRE ...



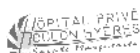
I. Informations et autorisations réglementaires

1. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
2. Informations concernant la lutte contre la douleur
3. Informations concernant le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments
4. Informations concernant l'interdiction de fumer
5. Informations sur les directives anticipées
6. Informations sur la prévention des chutes
7. En vue de votre admission, n'oubliez pas d'apporter...
8. Questionnaire patient

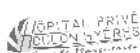


II. Autorisations du patient

1. Autorisations
2. Cas particulier du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

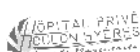


III. Engagement du patient hospitalisé



IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

1. Personne(s) à prévenir
2. Transmissions des informations de santé à des proches
3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé
4. Désignation de la personne de confiance
5. Demande de non divulgation de présence



V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

1. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang

(Information sur la transfusion des patients en anesthésie - SffAR Mars 2006)

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, ce document est destiné à vous informer sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que les examens à réaliser avant et après celle-ci.

Dans le cas particulier d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise lorsque vous serez sous anesthésie. En conséquence, cette information est assez largement diffusée en préopératoire, et le fait qu'elle vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion.

Si vous avez dû recevoir une transfusion durant l'anesthésie, nous vous en informerons dès votre réveil.

Pour en faciliter la lecture, ce document comporte une première partie résumée « CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR » et une seconde partie plus détaillée « POUR EN SAVOIR PLUS ».

Si une solution alternative à la transfusion homologue est envisageable, telle la transfusion dite « autologue » (votre propre sang mis en réserve), une information particulière vous sera délivrée.

Nous vous invitons à poser au Médecin qui vous informera, toute question sur ce sujet que vous jugerez utile.

Ce qu'il est important de savoir

A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique.

Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus.

Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile).

Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le Sida.

Quelle surveillance en cas de transfusion ?

La recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée. En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.

Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus. Il est important de conserver ces documents et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

Pour en savoir plus...

Les produits et leurs indications

Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles.

Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.



Les globules rouges ont pour fonction le transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire.

Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

Les risques connus :

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

- Des risques liés aux nombreux groupes sanguins :

Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus.



Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés "irréguliers"), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.

Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

- Des risques résiduels de contamination :

Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques.

Les estimations issues de l'INVS 2008-2010 sont les suivantes pour les virus :

- de l'hépatite B : 1/1.850.000 produits
- de l'hépatite C : 1/7.000.000 produits
- du Sida : 1/2.900.000 produits
- les bactéries : 1/200.000 produits

Les dangers inconnus :

Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance).

Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

Les examens biologiques avant et après transfusion :

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.

En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués.

Avant chaque transfusion : il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.

Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes.

Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

Les documents remis et l'importance de leur conservation :

Après une transfusion, il vous est remis avant la sortie, un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus. Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à votre médecin traitant. Il en a besoin pour assurer un suivi médical de qualité. En cas de transfusions régulières, ces informations peuvent être reportées sur un document récapitulatif. Il vous sera également remis à

votre sortie une ordonnance pour effectuer une nouvelle recherche de RAI.

En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de re-contacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

2. Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles. Pour cela, votre participation est primordiale. C'est pourquoi un questionnaire « douleur » vous sera remis au cours de votre hospitalisation.

Vous trouverez également inclus au livret d'accueil qui vous sera remis lors de la consultation pré-anesthésique, un document détaillé relatif aux modalités de lutte contre la douleur.

3. Informations sur le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments

Lors de l'utilisation non contrôlée de médicaments deux risques principaux sont encourus :

- **LE SURDOSAGE** : la quantité de médicament est supérieure à la dose thérapeutique ou toxique ; elle peut alors provoquer des troubles graves voire mortels.
- **L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE** : quand un médicament modifie l'effet d'un autre médicament présent au même moment dans l'organisme, on dit qu'il y a interaction médicamenteuse. Celle-ci peut être positive et voulue, ou bien négative et à éviter. Mais, en règle générale, les interactions médicamenteuses sont à éviter, car elles

peuvent entraîner soit l'échec d'un traitement, soit une amplification des effets prévus, soit des effets toxiques graves, voire mortels.

L'addition des effets : par exemple, les actions de deux anticoagulants, deux hypnotiques, deux produits contenant du paracétamol vont s'ajouter partiellement ou totalement.

La potentialisation des effets : au lieu de s'additionner, les effets se multiplient.

L'inhibition des effets : l'efficacité d'un médicament est diminuée, voire annihilée par l'administration d'un second.

Certains médicaments ne sont pas compatibles en cas d'intervention chirurgicale : exemple les anticoagulants qui font saigner.

La polymédication, les sujets âgés, l'insuffisance rénale ou hépatique renforcent le risque encouru.

Aussi nous vous demandons de signaler au personnel soignant tous les médicaments que vous prenez, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au praticien ou au personnel soignant qui vous a en charge, durant votre hospitalisation.

4. Informations concernant l'interdiction de fumer

Conformément à la réglementation :

- décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer
- circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé
- circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- arrêté du 3 janvier 2007 fixant les modèles de signalisation



Nous vous rappelons l'interdiction stricte de fumer dans tous les bâtiments des Etablissements Sainte-Marguerite, depuis le 1^{er} Février 2007.

Il est bien entendu interdit aux patients ainsi qu'aux visiteurs, de fumer, que ce soit dans les chambres ou ailleurs. Un espace fumeur est aménagé à l'extérieur de l'Etablissement.

Nous remercions les Patients et leurs proches de nous aider dans cette démarche.

5. Informations sur les directives anticipées

(cf. article L.1111-11 du code de la santé Publique)

« Toute **personne majeure peut rédiger des directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté » (Extrait de l'article L. 1111-11 du code de la Santé Publique).

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical.

Elles peuvent être, annulées ou modifiées à tout moment.

Si vous souhaitez que vos directives anticipées soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les-lui ou signalez leur existence et indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, un formulaire peut vous être remis par l'équipe soignante lors de votre hospitalisation.

6. Informations sur la prévention des chutes

Afin de prévenir le risque de chute lors de votre séjour, il vous est fortement recommandé de respecter les consignes du personnel paramédical.

Des sonnettes sont à votre disposition pour faire appel à ce personnel.

7. En vue de votre admission, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **La photocopie de l'ordonnance de votre traitement médical personnel en cours**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)...
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

A COMPLETER PAR LE PATIENT

8. Questionnaire patient

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage : Date de naissance :

Adresse :

..... Tél. :

Poids : Taille : Profession :

Variation de poids récente : non oui si oui :

Prise de poids : kg depuis :

Perte de poids : kg depuis :

IMPORTANT : le questionnaire ci-après prépare votre séjour.

REPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

Munissez-vous impérativement de vos ordonnances, électrocardiogramme, examens, carnet de santé.

Recopiez la liste de VOS médicaments ci-dessous

Aucun traitement en cours

Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir
.....
.....
.....
.....
.....

1) Durant les 12 derniers mois...

Avez-vous été hospitalisé(e)s en Réanimation, Soins Intensifs... ? oui non

Avez-vous été hospitalisé(e)s à l'étranger ? oui non

2) Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Multirésistante aux antibiotiques (BMR) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BMR ? oui non

3) Etes-vous porteur connu d'une Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BHRe ? oui non

4) Avez-vous eu un traitement antibiotique intensif et multiple ces 6 derniers mois ? oui non

5) Avez-vous déjà été opéré(e), anesthésié(e), hospitalisé(e) ? oui non

Si oui, pour quoi et quand ?

.....

.....

.....

.....

6) Avez-vous eu des anesthésies générales ? oui non

7) Avez-vous eu des anesthésies locales, dentaires ou autres ? oui non

8) Avez-vous présenté des complications lors de précédentes anesthésies ? oui non

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

9) A-t-on signalé dans votre famille des problèmes dus aux anesthésies ? oui non

Si oui, lesquels ?

.....

A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

10) Avez-vous (eu) des problèmes :

Cardio-vasculaires

Nom du cardiologue :

Date de la dernière consultation :

- Hypertension artérielle (HTA) oui non
- Souffle au cœur oui non
- Angine de poitrine :
 - Douleurs à l'effort oui non
 - Douleurs au repos oui non
- Avez-vous eu :
 - Un infarctus oui non
 - Des palpitations oui non
 - Une insuffisance cardiaque oui non
- Avez-vous des problèmes artériels :
 - Artérite oui non
 - Problème de carotides oui non
 - Artérite des membres inférieurs oui non
- Avez-vous des problèmes veineux :
 - Varices oui non
 - Jambes lourdes oui non
 - Antécédent de phlébite oui non
 - Antécédent d'embolie pulmonaire oui non
 - Paraphlébite oui non
- Avez-vous eu des examens complémentaires :
 - Epreuve d'effort oui non
 - Coronarographie oui non
 - Autres : oui non
- Avez-vous des stents (ressorts) oui non
- Avez-vous un pacemaker oui non

Pulmonaires

- Etes-vous fumeur : oui non
 - Si oui, nombre de cigarettes par jour :
 - Si oui, depuis :
- Consommez-vous des stupéfiants oui non
- Avez-vous des problèmes d'asthme oui non
 - Si oui : crises fréquentes oui non
 - Asthme de l'enfance oui non
 - Traité oui non
- Avez-vous des problèmes de bronchites :
 - Chronique oui non
 - A répétition oui non
 - Emphysème oui non
- Toux matinale oui non

Digestifs

- Avez-vous déjà subi :
 - Une fibroscopie oui non
 - Une coloscopie oui non
- Avez-vous des problèmes gastriques :
 - Ulcère gastrique oui non
 - Hernie hiatale oui non
 - Brûlures d'estomac oui non
 - Intolérance aux anti-inflammatoires oui non
- Consommation d'alcool :
 - Vin oui non
 - Autres : oui non
- Avez-vous des problèmes intestinaux :
 - Constipation oui non
 - Diarrhée oui non
 - Sang dans les selles oui non

- Prenez-vous des laxatifs oui non
- Avez-vous des problèmes hépatiques :
 - Hépatite A oui non
 - Hépatite B oui non
 - Hépatite C oui non
 - Autres : oui non
- Autres problèmes :
-
-

Néphrologie/Urologie

- Calculs oui non
- Infections urinaires oui non
- Insuffisance rénale chronique oui non
- Hommes :
 - Avez-vous des problèmes de prostate oui non

Gynécologie

- Nombre de grossesses :
- Nombre d'accouchements :
- Date des dernières règles :
- Etes-vous enceinte ? oui non
- Avez-vous eu une péridurale pour votre / vos accouchement(s) ? oui non

Neurologie

- Migraines céphalées oui non
- Epilepsie oui non
- Convulsions de l'enfance oui non
- Spasmophilie oui non
- Tétanie oui non
- Hémiplégie oui non
- Troubles de la parole oui non
- Accident vasculaire cérébral oui non

Allergies

- Avez-vous eu des problèmes d'allergie ? oui non
 - Si oui, lesquels ?
 - **Caoutchouc ou latex** oui non
 - Urticaire oui non
 - Rhume des foins oui non
 - Eczéma oui non
 - Asthme oui non
 - Œdème de Quincke oui non
 - Alimentaires : oui non
 - Banane, kiwi, avocat, châtaigne, melon
 - Autres :
 - Antibiotique oui non
 - Aspirine oui non
 - Autres médicaments oui non
 - Si oui, lesquels :
 - Lors d'un examen radiologique oui non



II. Autorisations du patient

1. Autorisations

Je, soussigné(e), autorise :

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant

Je, soussigné(e)

autorise

n'autorise pas

un **étudiant** (infirmier(e), aide-soignant(e)...) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.

Signature du patient ou de son représentant

2. Cas particuliers du patient majeur sous mesure de protection (tutelle)

Je, soussigné(e),

tuteur⁽¹⁾, (nom et prénom à préciser)

du majeur sous tutelle (nom de naissance et prénom du patient à préciser)

né(e) le à

autorise le Docteur (nom et prénom du médecin à préciser)

à prendre en charge ce majeur sous tutelle, et à apporter tous les soins et traitements nécessaires à son état de santé.

Signature du tuteur⁽¹⁾ du majeur sous mesure de protection

⁽¹⁾: une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.



III. Engagement du patient hospitalisé

Je m'engage à prendre connaissance de l'intégralité des informations contenues dans le livret d'accueil remis lors de mon admission.

Je m'engage à prendre connaissance des informations affichées dans le hall d'accueil et dans les couloirs, relatives en particulier aux consignes de sécurité et aux informations destinées aux patients.

Je m'engage à remettre lors de mon arrivée à l'infirmier(e) du service l'ensemble des médicaments en ma possession, à ne me faire amener aucun médicament de l'extérieur durant mon hospitalisation.

Je m'engage à ne pas apporter d'objets de valeur (argent, bijoux, chéquiers, cartes bancaires...) et dégage la responsabilité de l'Etablissement en cas de perte ou de vol des objets qui n'auront pas été placés dans le coffre mis à la disposition des patients.

Je m'engage à régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, correspondant :

- Au forfait journalier hospitalier
- Au montant du ticket modérateur (si pas de prise en charge à 100%)
- A la totalité des frais d'hospitalisation si je ne bénéficie d'aucune prise en charge
- Au complément pour honoraires libres ou fixés par le Praticien

Je m'engage à régler une participation forfaitaire de 18 €, destinée aux organismes d'Assurance Maladie selon le décret 707 du 19 juin 2006 article 1^{er}.

Je m'engage à régler les frais des prestations supplémentaires que je demanderai lors de mon admission selon les tarifs en vigueur (téléphone, télévision, chambre particulière...)

J'atteste avoir été informé(e) que les chambres particulières ne sont attribuées que le jour de l'admission en fonction des disponibilités.

Je m'engage à verser, le jour de mon admission, une caution / garantie globale de 350 € (excepté pour une admission en Unité de Chirurgie Ambulatoire).

Cette caution / garantie vous sera restituée par courrier, après le solde intégral de votre dossier (remboursement de l'établissement par la Sécurité Sociale et votre Mutuelle) sous 30 jours minimum.

Je m'engage à régler la majoration forfaitaire de 15 € qui sera appliquée à toute facture dont le règlement, s'il demeure à ma charge, n'est pas intervenu dans un délai d'un mois après la date de ma sortie.

En raison du nombre croissant d'impayés, aucune exception ne pourra être faite compte tenu de ces informations.

**Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**



A COMPLETER PAR LE PATIENT



IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

Loi N°2202/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

1. Personnes à prévenir

J'autorise l'Établissement à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Lien avec le patient :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

2. Transmissions des informations de santé à des proches

J'autorise Je n'autorise pas

l'Établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées.

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec le patient :	Lien avec le patient :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

J'autorise Je n'autorise pas

dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé

Je demande Je refuse

que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant :	Nom et prénom du Médecin désigné :
Adresse :	Adresse :
.....
Tél. :	Tél. :

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant



A COMPLETER PAR LE PATIENT



4. Désignation de la personne de confiance

Important : En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je, soussigné(e)

souhaite désigner une personne de confiance :

Nom de naissance :

(de la personne de confiance)

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance:

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Portable :

- Cette personne, légalement capable, est : Un proche Un parent Mon Médecin traitant
- Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

Réservé à la personne de confiance :

Je, soussigné(e) certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à

Le

Signature de la personne de confiance

souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

5. Demande de non divulgation de présence

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre Etablissement, pour cela il vous suffit d'en faire la demande en complétant les informations ci-dessous et d'en faire part à votre praticien ou à l'accueil de notre établissement.

Je, soussigné(e)

souhaite ne pas divulguer ma présence au sein de votre Etablissement et conserver mon anonymat.

Signature du patient ou de son représentant



V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :

- **des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (pages 3 à 5)**
- **des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 5)**
- **des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (page 5)**
- **des informations concernant l'interdiction de fumer (pages 5 et 6)**
- **des informations sur les directives anticipées (page 6)**
- **des informations sur la prévention des chutes (page 6)**
- **des documents à apporter en vue de votre admission (page 6)**

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant





**La Direction, le Personnel et l'Équipe médicale
vous remercient du temps consacré à la prise de connaissance
des nombreuses informations de ce livret,
indispensable à votre prise en charge dans notre établissement,
conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**

... NOTES ...

A series of horizontal dotted lines for writing notes.