

# 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"/>
• Fiche d'information et de consentement éclairé (p.6 à 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dépistage BMR et BHRe (p.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autorisations du patient (p.11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Engagement du patient (p. 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Désignation/autorisations administratives et médicales (p. 13 à 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans le livret (p. 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Livret d'Information Patient

## DIALYSE AMBULATOIRE

### ÉLÉMENT DU DOSSIER MEDICAL

### ATTENTION !

Ce livret est à compléter et à rapporter impérativement le jour de votre première séance de dialyse dans le Service de dialyse ambulatoire 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
- **Vos ordonnances et vos médicaments en cours si vous suivez un traitement**
- 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.**

### 1ere DIALYSE DANS LE SERVICE DE DIALYSE AMBULATOIRE

Le ..... à ..... heures

#### Contrôle N°1 : Secrétaire d'accueil Dialyse

NOM : .....  
SIGNATURE :

#### Contrôle N°2 : IDE ou IDE Référent

NOM : .....  
FONCTION : .....  
SIGNATURE :

# 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.**

**HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES**  
**IDENTITÉ = SÉCURITÉ**

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.

POUR TOUTE ADMISSION OU EXAMEN, MERCI DE PRÉSENTER :

- ▶ CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ
- ▶ PASSEPORT
- ▶ CARTE DE SÉJOUR
- ▶ CARTE VITALE
- ▶ CARTE MUTUELLE
- ▶ CARTE DE GROUPE SANGUIN

TOUT AU LONG DE MON SÉJOUR, JE GARDE MON BRACELET D'IDENTIFICATION IDENTITÉ = SÉCURITÉ DES SOINS

MANUEL DE CERTIFICATION HAS V2010 - EXIGENCES DE L'HÔPITAL NUMÉRIQUE  
 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.

## « Renseignements Administratifs »

Nom de naissance .....

Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Portable .....

Adresse mail .....

Numéro de sécurité sociale .....

Coordonnées de la caisse d'assurance maladie .....

Ville ..... Tél .....

Coordonnées de l'organisme gestionnaire .....

Ville ..... Tél .....

Coordonnées du Centre de Dialyse précédent .....

Ville ..... Tél .....

Médecin traitant ..... Tél .....

Cardiologue ..... Tél .....

Pharmacie habituelle .....

Ville ..... Tél .....

Transporteur habituel ..... Tél .....

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  
 clinique-golfe-saint-tropez.fr



**Sainte Marguerite**



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



**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  
 hpm-vert-coteau.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  
 www.soins-assistance.org



**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  
 Tél : 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

