

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être pris en charge dans un des Etablissements Sainte-Marguerite. Les Médecins Néphrologues, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Le Médecin Néphrologue qui vous prend en charge 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.

**Il est essentiel de vous présenter muni(e) de ce livret complété et signé** le jour de votre première séance de dialyse dans le Service de Dialyse ambulatoire.

Celui-ci complète l'information contenue dans le livret d'accueil du patient dialysé et dans le guide du patient dialysé qui vous ont été 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<sup>(1)</sup> du patient :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

Portable : .....

Signature du représentant  
ou tuteur du patient

<sup>(1)</sup>: 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. En vue de votre 1<sup>ère</sup> prise en charge, n'oubliez pas d'apporter...
6. Informations données par le Médecin Néphrologue concernant votre prise en charge en Service de Dialyse ambulatoire
7. Dépistage des patients à risque de portage de BMR et BHR



### II. Autorisations du patient

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



### III. Engagement du patient



### 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
6. Directives anticipées



### 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 - SFAR Mars 2006)

Dans le cadre de votre traitement une transfusion peut être nécessaire.

Les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que les examens à réaliser avant et après celle-ci vous sont présentés ci après.

Le fait que cette information vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion.

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 ».

Nous vous invitons à poser au Médecin Néphrologue 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 Néphrologue 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 Néphrologue 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.

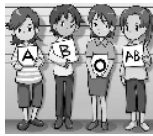
Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

#### 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 2012 - 2014 sont les suivantes :

- pour le virus de l'hépatite B : 1/6.400.000 dons
- pour le virus de l'hépatite C : 1/33.000.000 dons
- pour le virus de Sida : 1/3.000.000 dons
- pour le virus T-Lymphotropique humain : 1/9.000.000 dons

**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 Néphrologue, en cas de nouvelle transfusion.

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. Vous trouverez également inclus au livret d'accueil qui vous a été remis, 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.

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 avez pris avant votre prise en charge, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au Médecin Néphrologue ou au personnel soignant qui vous a en charge, durant vos séances de dialyse.**

### **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<sup>er</sup> Février 2007.

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux de l'établissement. Cette interdiction s'applique aux patients, aux visiteurs et aux professionnels de santé.

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. En vue de votre 1<sup>ère</sup> prise en charge, 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
- **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



## 6. Informations données par le Médecin Néphrologue concernant votre prise en charge en Service de Dialyse ambulatoire

### INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ A L'ADMISSION EN TRAITEMENT DE SUPPLÉANCE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Je soussigné(e) ..... en ma qualité de :

patient(e)

représentant légal de .....

Reconnais :

- avoir été suffisamment informé(e) par le Médecin Néphrologue, le Dr ..... sur mon état de santé et la réflexion bénéfico-risque qui en découle.
- que les documents suivants m'ont été remis dans des délais suffisants afin que je puisse les lire et les comprendre :
  - le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
  - le Guide du patient dialysé
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
  - les différentes techniques de traitement de l'insuffisance rénale et les établissements pratiquant ces thérapies dans la région
  - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
  - le fonctionnement du service de Dialyse
  - la possibilité de bénéficier d'une Consultation infirmière(e) si elle n'a pas été organisée en pré dialyse
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir compris que :
  - mon état de santé nécessite une prise en charge en Service de Dialyse ambulatoire
  - il était nécessaire de mettre en place, soit un cathéter central provisoire, soit un cathéter central tunnelisé dans le cas où il serait impossible de mettre en place une fistule artério veineuse ou une prothèse synthétique, et dans celui d'un diagnostic tardif ou en situation d'urgence
  - ce traitement nécessite des analyses biologiques régulières, notamment des tests à la recherche d'infections VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C), VIH (virus du sida)
  - une vaccination contre l'Hépatite B est indispensable, dans le cas où je ne serais pas préalablement protégé contre cette maladie (lutte contre les infections nosocomiales)
  - le suivi de ce traitement nécessite également des examens réguliers qui me seront prescrits par les médecins du Service de Dialyse (exemple : ... pré-greffe...)
  - le temps de dialyse et la fréquence des séances de dialyse sont des prescriptions médicales en conformité avec les recommandations professionnelles de bonnes pratiques\* :  
Recommandation 1.1 : L'hémodialyse doit être prescrite sur une base minimale de trois séances par semaine comportant une durée totale de traitement minimale de 12 heures par semaine, en dehors des cas où il persiste une fonction rénale résiduelle significative.

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte :

- le traitement de mon insuffisance rénale par la technique suivante (cocher la mention retenue) :
  - Hémodialyse en Centre
  - Hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée
  - Hémodialyse en Auto dialyse Assistée
  - Hémodialyse en Auto dialyse Simple
  - Hémodialyse à domicile
  - Dialyse péritonéale continue ambulatoire
  - Dialyse péritonéale automatisée
- le suivi biologique, les examens réguliers nécessaires dans le suivi du traitement ou selon les besoins spécifiques de prise en charge, la désobstruction éventuelle de la voie d'abord vasculaire, la mise en place de cathéters si nécessaire
- un repli ou une hospitalisation, si mon état clinique le nécessite, vers un autre établissement disposant de moyens techniques mieux adaptés.

\*European Best Practice Guidelines Working Group, EBPG guideline on dialysis strategies



## A COMPLETER PAR LE MEDECIN NEPHROLOGUE ET LE PATIENT

J'ai bien noté que je peux, à tout moment, revenir sur ce consentement général et à durée indéterminée.

Je reconnais avoir été informé(e) par ce même médecin qu'aucun autre acte médical ou aucun autre traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir été informé(e) que tout traitement médicamenteux prescrit antérieurement à la prise en charge en dialyse doit être validé par le Médecin Néphrologue qui prend en charge mes séances.

Fait à ..... Le .....

**Nom et signature  
du Médecin Néphrologue**



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





## A COMPLETER PAR LE PATIENT

### 7. Dépistage des patients à risque de portage de BMR et BHRé

#### Qu'est ce qu'une BMR (Bactérie Multi Résistante) ?

Les bactéries sont dites multi résistantes aux antibiotiques lorsqu'elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique.

#### Qu'est ce qu'une BHRé ?

Les enterobactéries sont des bactéries normalement présentes dans les intestins et les selles. Elles peuvent provoquer des infections (urines, sang, etc...)

Certaines bactéries sont résistantes à la quasi-totalité des antibiotiques rendant le traitement des infections très difficile. Leur apparition est favorisée par la prise d'antibiotiques

#### Comment se transmet cette bactérie ?

Elle se transmet par manuportage lors de soins et par l'environnement proche.

Elle est identifiée par un prélèvement lors d'une infection ou un dépistage au niveau rectal.

Elle peut rester plusieurs mois dans le tube digestif sans pour autant être responsable d'infection.

#### Les mesures recommandées pour éviter la transmission

Procéder à une toilette et changer le linge tous les jours

Hygiène des mains avec un PHA (produit hydro alcoolique) en entrant et en sortant du box, visiteurs compris.

**Afin d'adapter au mieux votre prise en charge lors de votre séjour merci de cocher les cases ci-dessous** en collaboration avec votre Médecin Néphrologue Référent et/ou votre Médecin traitant (si vous n'avez jamais dialysé), et/ou le Néphrologue de votre Centre d'Origine (si vous venez d'un autre Centre).

#### 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 Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRé) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BHRé ?

oui  non

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

oui  non

*Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.*

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant





# A COMPLETER PAR LE PATIENT



## 9. 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 : .....  
Médecin traitant : .....  
Médecins spécialistes : ..... Chirurgiens : .....

**IMPORTANT : le questionnaire ci-après prépare votre prise en charge.  
REPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT**

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

- 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 ? .....  
.....

### 10) Avez-vous (eu) des problèmes :

#### Cardio-vasculaires

Nom du cardiologue : .....

Date de la dernière consultation : .....

- Hypertension artérielle (HTA) 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
  - Antécédent de phlébite oui  non
  - Antécédent d'embolie pulmonaire 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



# A COMPLETER PAR LE PATIENT



## II. Autorisations du patient

### 1. Autorisations

Je, soussigné(e),

autorise :

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements de tout Médecin pouvant prendre en charge une urgence (en cas de nécessité)

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 ma prise en charge.

#### Êtes-vous opposé(e) à une transfusion en cas d'urgence ?

Si oui, motif : ..... oui  non

#### Avez-vous été transfusé(e) ?

Si oui, à quelle(s) date(s) ? : ..... oui  non

Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ? ..... oui  non

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH\*, Hépatite B, Hépatite C. oui  non

#### Autorisez-vous le contrôle ?

Si non, motif : .....

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant



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

Je, soussigné(e),

tuteur<sup>(1)</sup>, (nom et prénom à préciser) .....

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

né(e) le ..... à .....

autorise le Médecin Néphrologue (nom et prénom du médecin à préciser) .....

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

Signature : tuteur du majeur sous mesure de protection



<sup>(1)</sup>: 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.

# A SIGNER PAR LE PATIENT



## III. Engagement du patient

**Je m'engage** à prendre connaissance de l'intégralité des informations contenues dans le livret d'accueil du patient et le guide du patient dialysé qui m'ont été remis.

**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 informer l'infirmier(e) du service de toute prise de traitements médicamenteux.

**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 casier mis à ma disposition dans le vestiaire.

**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'Etablissement à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom : .....	Nom, 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'Etablissement 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, prénom : .....	Nom, 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 : .....

Lien avec le patient : .....

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 ma prise en charge.  
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement. Je m'engage également à communiquer à l'établissement tout changement de coordonnées.

**Réservé à la personne de confiance  
(facultatif) :**

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  
(facultatif)**

**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 ma prise en charge. 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 en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

**Nom de naissance et signature du patient ou de  
son représentant**

# A COMPLETER PAR LE PATIENT

## 5. Demande de non divulgation de présence

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre prise en charge 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 Médecin Néphrologue ou à l'accueil de notre établissement.

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

## 6. Directives anticipées

**Je reconnais avoir été informé(e) dans le livret d'accueil de la possibilité de rédiger des directives anticipées\***

- Je souhaite rédiger des directives anticipées
- Je ne souhaite pas rédiger des directives anticipées

Toute **personne majeure** peut, si elle le souhaite, **rédiger** des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, vous pouvez en faire la demande auprès de l'équipe soignante lors de votre hospitalisation.

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.

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant**


---

## A SIGNER PAR LE PATIENT

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

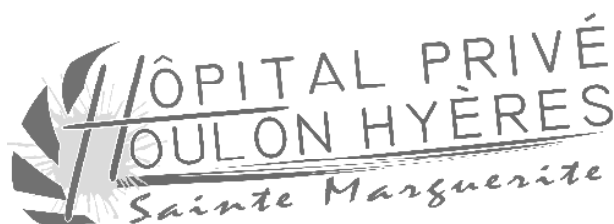


Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :

- du guide du patient dialysé
- du livret d'accueil patient
- des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (pages 3 et 4)
- des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 4)
- des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (pages 4 et 5)
- des informations concernant l'interdiction de fumer (page 5)
- des documents à apporter en vue de votre 1<sup>ère</sup> prise en charge (page 5)

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).