



## FORMULAIRE

### LIVRET D'ENTREE PATIENT Avant une intervention chirurgicale avec ou sans acte d'anesthésie

Ce livret est indispensable pour votre prise en charge médicale et donc votre admission. Il est **INDISPENSABLE** qu'il soit complété, remplis et signé pour le jour de votre entrée.

#### IDENTIFICATION PATIENT

Admission le : ...../...../..... à : .....h..... Service d'hospitalisation : .....

Intervention/acte : ..... Date d'intervention/acte : .....

Chirurgien : .....

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Né le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Médecin traitant déclaré : Oui  Non  Nom du Médecin traitant : .....

#### COUVERTURE SOCIALE

Qualité du patient :  Assuré  Bénéficiaire (précisez) :  Conjoint  Enfant  Autre : .....

Nom et prénom de l'assuré(e) : .....

Date et lieu de naissance : le ..... / ..... / ..... à .....

CGSS  Autre : ..... N° de SS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mutuelle : .....

#### REPRESENTANT DU PATIENT OU MAJEUR SOUS TUTELLE

**A compléter si le patient est dans l'incapacité de renseigner ce livret et/ou de recevoir l'information :**

Identification du :  représentant /  tuteur du patient (1) /  personne à contacter

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient : ..... Tel : .....

Signature du patient / ou représentant /  
ou tuteur du patient :

#### TRANSMISSION DES INFORMATIONS DE SANTE

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-dessous :

Nom et prénom du Médecin de mon choix : .....

Adresse : ..... Tel : .....

J'autorise  Je n'autorise pas  la Clinique à contacter, en cas de nécessité médicale, la ou les personnes de confiance ci-après désigné(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées.

Je n'autorise pas  la Clinique, 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.

En qualité de patient hospitalisé mineur, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 je n'autorise pas  que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

Nom de naissance, prénom et signature du patient mineur :

#### DIRECTIVES ANTICIPEES

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?  OUI  NON

(Si oui, Demander une copie au patient)

Souhaitez-vous rédiger vos directives anticipées ?  OUI  NON

Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées le Responsable d'Unité de Soins et/ou l'IDE pourra vous aider. Les documents suivants sont à votre disposition dans le service :

- Dépliant sur les directives anticipées
- Formulaire de recueil des directives anticipées

#### NON DIVULGATION DE PRESENCE

Je ne souhaite pas divulguer ma présence au sein de la Clinique et conserver mon anonymat.

#### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tel : .....

Cette personne, légalement capable est :  un parent,  un proche,  mon médecin traitant.

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous mes entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : OUI  NON

#### 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 :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de la faire pour la durée de mon séjour. Toutefois, je peux choisir une personne de confiance à tout moment et je m'engage à en informer par écrit la clinique.