



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 : Date de naissance :

Téléphone : Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

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 :

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 Medecin 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.

Signature du patient :

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 àle

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 le 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.

A remplir seulement si le patient est mineur ou sous tutelle:

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE POUR UN PATIENT MINEUR

Art371-1, 372, 372-2 du Code Civil / Art L.1111-2, R1111-2, R1112-32 du Code de la santé publique

L'hospitalisation d'un mineur nécessite la présence permanente d'un des deux parents

Père de l'enfant (2)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tel :

Mère de l'enfant (2)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tel :

Tuteur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tel :

Signature:

Signature:

Signature:

IDENTIFICATION DES PERSONNES PRESENTES LE JOUR DE L'HOSPITALISATION OU AU MOMENT DE LA SORTIE DE L'ENFANT

(Hors personne titulaire de l'autorité parentale)

Nom, prénom :

.....

Lien avec l'enfant :

.....

Tel :

Nom, prénom :

.....

Lien avec l'enfant :

.....

Tel :

SECURITE : la Clinique n'autorise pas la sortie de patient mineur sans accompagnants

(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

(2) : la signature des deux parents est OBLIGATOIRE lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année)

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 :

	<p style="text-align: center;">FORMULAIRE</p> <p style="text-align: center;">LIVRET D'ENTREE PATIENT CONSENTEMENT ECLAIRE CHIRURGICAL <i>Information données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée</i></p>
---	--

Votre chirurgien vous aura remis en consultation une feuille de consentement éclairé. Ce consentement est OBLIGATOIRE. Vous devrez la rapporter le jour de votre intervention.

Merci de glisser votre consentement préalablement SIGNE par vos soins dans ce livret.

	FORMULAIRE
	LIVRET D'ENTREE PATIENT EVALUATION DES RISQUES LIES AUX ATNC <i>(Agents transmissibles non conventionnels)</i> A remplir par le praticien lors de la consultation

Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n°DGS/SD5C/DHOS n°435 du 2/09/2005

Afin de prévenir et dépister d'éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? OUI NON

2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de la dure-mère d'origine Humaine ? OUI NON

3. Un membre de votre famille génétique a-t'il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? OUI NON

4. Avez-vous été identifié comme ayant reçu un des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ? OUI NON

Si réponse Oui à la question 4, tous actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC

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

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :

PNSNA

PSA

Patient ni suspects ni atteints

Patient suspect ou atteints

Nom et signature du Praticien responsable du patient



FORMULAIRE

LIVRET D'ENTREE PATIENT
CONSENTEMENT ECLAIRE ANESTHESIQUE
Information données par le Médecin Anesthésiste Réanimateur

A LIRE, A REMPLIR ET A SIGNER

AVANT TOUT ACTE COMPORTANT UNE ANESTHESIE

Je sollicite du Service de Chirurgie ou d'Endoscopie de la Clinique des Eaux Claires que soit(oient) réalisé(s) le ou les actes indiqués ci-dessous :

Actes :

.....
.....

Je demande que, à l'occasion de cet acte, l'anesthésie qui s'avérera la plus appropriée, dont les bénéfices et risques m'ont été exposés par le Docteur... .. me soit administrée.

J'autorise toute modification de la technique anesthésique non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cet acte et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.

J'ai pris connaissance de la note d'information sur l'anesthésie et la transfusion.

J'autorise, si nécessaire, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins et les prélèvements des sérologies pré transfusionnelles.

Date :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Signature du patient :