



ETIQUETTE PATIENT

CONSENTEMENT ECLAIRE :

Vous êtes la **PERSONNE RECEVANT LES SOINS** :

NOM: _____ Prénom : _____
NOM de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention
« J'accepte les soins proposés »

LA PERSONNE DE CONFIANCE Article L.1111-11 du Code de la Santé publique

Vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance (parent, proche, médecin traitant...) avec son accord signé. Cette personne librement choisie, pourra selon vos souhaits, vous accompagner pour toutes vos démarches au sein de l'établissement et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. Elle sera consultée obligatoirement par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas de recevoir l'information, et d'exprimer vous-même votre volonté. Une personne sous tutelle peut désigner une personne de confiance après accord du juge ou conseil de famille. **La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir. Elle n'a pas vocation à donner un consentement aux soins à votre place, elle rend compte de vos volontés.**

Je souhaite désigner en qualité de personne de confiance :

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins : _____
NOM: _____ Prénom : _____
NOM de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
Téléphone : _____
Le : ____/____/____
Signature du patient : _____ **Signature de la personne de confiance :** _____

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

LA PERSONNE A PREVENIR Article L.1111-11 du Code de la Santé Publique

Vous avez la possibilité de désigner une personne à prévenir, elle peut être contactée pour des questions relatives à l'organisation de votre séjour (fournir des renseignements, apporter vos effets personnels...). Elle sera informée de votre état de santé en cas d'urgence.

Je souhaite désigner en qualité de personne à prévenir :

Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins : _____
NOM: _____ Prénom : _____
NOM de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin
Téléphone : _____
Le : ____/____/____
Signature du patient : _____



AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR/MAJEUR PROTEGE :

Pour les enfants mineurs : la **signature des deux parents** est **obligatoire** pour admettre l'enfant dans l'établissement. *Prévoir une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant ou une copie du livret de famille.* **En cas d'absence des deux signatures, l'enfant mineur ne pourra pas être pris en charge.**

Pour les personnes sous tutelle : la **signature du tuteur** est **obligatoire**.

NOM: _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention

« J'autorise les soins proposés »

NOM: _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention

« J'autorise les soins proposés »

DIRECTIVES ANTICIPEES :

NOM: _____

Prénom : _____

NOM de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin

Né(e) le : ____/____/____

A _____

PAYS _____

Directives anticipées :

Je ne souhaite pas de directives anticipées