



Polyclinique Lyon Nord

Rillieux-la-Pape

Etiquette patient

Renseignements administratifs

BÉNÉFICIAIRES DES SOINS (informations issues de votre carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ Pays : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____

Médecin traitant (nom et adresse postale) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail¹ : _____

Prise en charge dans le cadre d'un accident du travail : ☐ OUI ☐ NON

Prise en charge de la CMU : ☐ OUI ☐ NON

L'établissement vous informe que les documents produits au décours de votre prise en charge seront transmis dans votre Espace Santé. Si vous souhaitez vous y opposer, merci de le mentionner ci-après : _____

ASSURÉ (si différent du bénéficiaire des soins)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ Pays : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____

Médecin traitant (nom et adresse postale) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail¹ : _____

¹ La collecte de votre adresse mail a pour but principal le recueil de votre expérience à tous les stades de votre séjour. Si vous ne souhaitez pas recevoir le questionnaire national e-Satis, nous vous remercions de l'indiquer lors de votre admission.

La personne à prévenir

La personne à prévenir est habilitée à recevoir des informations notamment liées à votre hébergement et est informée en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu.

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté, sa voix ne l'emportera pas sur la voix de vos autres proches. Elle ne pourra pas recevoir d'informations confidentielles vous concernant.

- ☐ La personne à prévenir est la même que la personne de confiance
- ☐ La personne à prévenir est différente de la personne de confiance. Je souhaite désigner en qualité de personne à prévenir :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Téléphone portable : _____

Directives anticipées

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016

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 les souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical.

La rédaction est volontaire et non obligatoire. Elle repose sur une réflexion et doit être la plus précise possible. Les professionnels de l'établissement se tiennent à votre disposition pour vous accompagner et répondre à vos interrogations.

En fonction de votre situation et de votre vécu, vous pouvez être amené à vous interroger et à vous exprimer avec l'aide des professionnels de santé sur vos préférences en lien avec les soins relatifs à votre fin de vie.

Par exemple, vous pouvez aborder avec votre médecin traitant, ou l'équipe médicale vous prenant en charge, les traitements en cours et/ou les traitements qui pourraient vous être proposés :

- maintien ou refus de certains traitements
- maintien ou refus de l'intervention chirurgicale
- maintien ou refus de l'alimentation et l'hydratation artificielles
- maintien ou refus des mesures de réanimation (dont intubation, trachéotomie)
- choix de la sédation profonde et continue jusqu'au décès (voir encadré ci-après)
- etc.

> SOUHAITEZ-VOUS RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- ☐ J'ai pris connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées et ne souhaite pas en rédiger
- ☐ J'ai rédigé mes directives anticipées, je les transmets à l'équipe soignante le jour de mon admission
- ☐ J'ai rédigé mes directives anticipées et les ai remises à la personne de mon choix



Polyclinique Lyon Nord

Rillieux-la-Pape

Etiquette patient

Consentement à l'hospitalisation

Ce document permet de tracer que vous avez consenti au(x) acte(s) proposé(s) pour votre prise en charge.

Ce consentement doit avoir été renseigné en amont de votre hospitalisation.

- ☐ J'autorise l'ensemble de l'équipe paramédicale à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.
- ☐ J'autorise tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement engagés dans ma prise en charge à accéder aux dossiers médicaux de mes précédents séjours afin de faciliter celle-ci.
- ☐ J'autorise le médecin responsable de mon hospitalisation et le personnel soignant à communiquer des informations sur ma santé à l'équipe de soins tout en respectant les règles de confidentialité liées au secret professionnel.

J'autorise également l'établissement :

- ☐ A pratiquer tout prélèvement biologique concernant le dépistage de certaines maladies contagieuses, infectieuses ou génétiques, le VIH, l'hépatite B et C.
- ☐ Au cas où je déciderais un refus de soins ou de quitter l'établissement contre avis médical, j'informerai le personnel soignant, remplirai et signerai l'attestation de refus de soins ou de sortie contre avis médical.
- ☐ Pour une hospitalisation en ambulatoire, je reconnais avoir pris connaissance des contraintes et des nécessités qui entourent et accompagnent cette chirurgie.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du patient (ou de son représentant légal) :

Consentement à l'hospitalisation d'un mineur

A noter : en cas d'intervention sur un patient mineur, ce document ne remplace pas le consentement à opérer du mineur remis par le praticien lors de la consultation chirurgicale. Ce consentement est obligatoire et doit être communiqué, préalablement à l'intervention, au chirurgien.

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____

Médecin en charge de l'hospitalisation : _____

Date d'entrée : _____

Pour les mineurs, l'autorisation doit être signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale (Art R. 1112-35 du CSP). En l'absence d'une des deux signatures, sans justificatif, l'opération sera annulée.

Je soussigné(e) certifie être représentant légal du patient mineur désigné ci-dessus et autorise l'ensemble de l'équipe paramédicale à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge :

Titulaire de l'autorité parentale n°1

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone portable : _____

J'atteste de l'exactitude des éléments fournis : _____

Fait le : _____

A : _____

Signature : _____

Titulaire de l'autorité parentale n°2

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone portable : _____

J'atteste de l'exactitude des éléments fournis : _____

Fait le : _____

A : _____

Signature : _____

Si le titulaire de l'autorité parentale est éloigné géographiquement, il lui est possible de transmettre ce document avec sa signature, accompagné de la photocopie de sa pièce d'identité par mail à l'adresse : _____

Les parents ou les titulaires de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant et des soins qui lui sont prodigués.

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sauf en cas d'urgence vitale ou de mise en jeu de l'état de santé à court ou moyen terme du mineur.

Si le représentant légal n'est pas un parent, une copie du jugement confiant l'autorité parentale au représentant légal doit être remis concomitamment à l'établissement de santé.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____

Consentement à l'hospitalisation d'un patient majeur sous tutelle

IDENTITÉ DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom de naissance : _____ Nom : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
 Adresse postale : _____
 Médecin en charge de l'hospitalisation : _____
 Date d'entrée : _____

LE TUTEUR

Nom : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse postale : _____
 Téléphone portable : _____
 Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation à venir du majeur dont je suis le tuteur : _____
 Fait le : _____
 A : _____
 Signature : _____

LE MAJEUR SOUS TUTELLE (LE PATIENT)

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation à venir :

Fait le : _____
 A : _____

Signature : _____

Le tuteur communique préalablement la décision judiciaire de tutelle à l'établissement de santé.



Polyclinique Lyon Nord

Rillieux-la-Pape

Etiquette patient

Formulaire des directives anticipées

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.):

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie.

J'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Vous pouvez modifier ou annuler vos directives anticipées à tout moment et en rédiger de nouvelles. Demandez à votre médecin ou à l'établissement de détruire les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :

La personne de confiance

Article L.1111-6 du Code de la Santé publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance :

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :

- Soutien et aide à la décision ;
 - Accompagnement aux consultations ;
 - Prise de connaissance d'éléments du dossier médical en votre présence.
- Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité. Elle sera donc votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits, votre volonté et convictions.

Si vous avez rédigé des directives anticipées, la personne de confiance appuiera vos directives anticipées et ces dernières s'appliqueront prioritairement aux informations données par la personne de confiance.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance. Il est important que vos proches soient informés de la désignation d'une personne de confiance et en connaissent son nom.

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville : _____

☐

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐

Souhaite désigner une personne de confiance :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement. Conformément à l'article de loi cité ci-dessus, cette désignation est cosignée par la personne désignée.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :