

Passeport Patient



Etiquette patient / résident à coller

Consentement éclairé

Vous avez été informé par votre médecin des modalités dont vous allez bénéficier.

Vous avez reçu des informations précises sur vos problèmes de santé et les raisons qui le conduisent à vous proposer cette hospitalisation.

Vous avez reçu toutes les informations sur les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, graves mais exceptionnels, de l'hospitalisation ou de votre hébergement en EHPAD.

Je soussigné(e) : Madame / Monsieur

Nom d'usage :, Nom de naissance :

Prénom :, né(e) le à

Domicilié(e) à

- Certifie avoir pris connaissance des informations concernant l'hospitalisation ou mon hébergement en EHPAD et avoir pu poser toutes les questions concernant celle-ci et reçu les réponses satisfaisantes.
- Autorise en toute connaissance de cause, les praticiens de l'hôpital ou de l'EHPAD à pratiquer tous les soins, prélèvements sanguins qu'ils jugeront nécessaires

J'ai disposé d'un délai raisonnable de réflexion et je donne mon accord pour cette hospitalisation ou votre hébergement en EHPAD

- Je ne souhaite pas renseigner le consentement éclairé mais j'atteste avoir reçu les documents d'information
- Le patient n'est pas en capacité de répondre (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))
- Le patient est en capacité de répondre mais pas en capacité de signer (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))

- Je ne souhaite pas que ma présence dans l'établissement soit divulguée.
A toute demande par un tiers concernant votre hospitalisation, le personnel répondra :
"Ce patient n'est pas hospitalisé dans notre établissement".

TOP SECRET



Refusez-vous la communication à vos ayants droit de votre dossier médical en cas de décès ?

OUI NON

Uniquement pour la Médecine / SMR :

Vous souhaitez participer à l'enquête nationale de satisfaction e-SATIS,

Adresse mail :

Signature du patient :

Fait à Nyons le : ____ / ____ / ____



PERSONNE DE CONFIANCE

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. » (Cf. article L.1111-6 du code de la santé publique.) Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de votre admission, il vous est demandé de désigner par écrit une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, mais vous pouvez la modifier à tout moment. Il vous sera également demandé le nom d'une personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne peut être ou non la même personne que la personne de confiance.

Je soussigné(e) : Madame / Monsieur

PATIENT/RESIDENT

Nom d'usage :, Nom de naissance :

Prénom :, né(e) le à

Domicilié(e) à

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance mais j'atteste avoir reçu les documents d'information

N'est pas en capacité de désigner une personne de confiance (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))

N'est pas en capacité de signer mais souhaite désigner une personne de confiance (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))

Désigne comme personne de confiance :

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom d'usage :, Nom de naissance :

Prénom :, né(e) le à

Adresse :

N° de téléphone :

Lien de parenté :

Je désigne cette personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation

Pour plusieurs hospitalisations

Date et Signature du patient :

Date et Signature de la personne de confiance :

Etiquette patient/Résident à coller

DIRECTIVES ANTICIPEES

«Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux. À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.» (Cf. article L.1111-11 du code de la santé publique.)

Je soussigné(e) : Madame / Monsieur

PATIENT/RESIDENT

Nom d'usage :, Nom de naissance :

Prénom :, né(e) le à

Domicilié(e) à

Ne souhaite pas établir de directives anticipées mais j'atteste avoir reçu les documents d'information

N'est pas en capacité d'écrire ses directives anticipées (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))

N'est pas en capacité de signer mais souhaite faire par de ces directives anticipées (Paraphe soignant et fonction : (2 soignants minimum))

Mes directives anticipées sont déjà rédigées

Lieu de conservation :

Souhaite rédiger mes directives anticipées :

Pour cela, demander au personnel le formulaire national et remplir la partie concernée selon votre cas parmi les 2 modèles proposés.

Modèle A : Je suis atteint d'une maladie grave, je pense être proche de la fin de ma vie

Modèle B : Je pense être en bonne santé, je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Signature du patient :

Fait à Nyons le : ____ / ____ / ____