

A remettre à la sage-femme ou l'infirmière le jour de l'accouchement (ou de l'intervention)

Personne à prévenir

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

☎ : | | | | | | | |



**Ne pas envoyer
cette feuille**

Autorisation de soins

Je soussignée,
autorise l'équipe soignante à réaliser les soins et les prélèvements nécessaires durant mon hospitalisation à Santé Atlantique, après avoir reçu et compris toutes les informations concernant le déroulement et la prise en charge lors de mon hospitalisation.

A Le | | | |

Signature de la patiente :

Autorisation de transfert

Je soussigné,
autorise l'équipe médicale de Santé Atlantique à prendre la décision de transfert vers un service hospitalier adapté à la prise en charge de mon état de santé.

A Le | | | |

Signature de la patiente :

Directives anticipées

En application de la loi de février 2016 et au sens de l'article L.1111-11 du code de la santé publique, toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté (cf. livret d'accueil).

Avez-vous défini des directives anticipées ? OUI NON

Signature de la patiente :

Personne de confiance

- Désignation initiale** d'une personne de confiance
- Refus de désignation** d'une personne de confiance
- Mise à jour de coordonnées**
- Nouvelle désignation **suite à une révocation** de la personne de confiance précédemment désignée :

Nom : Prénom :

- D'autre part, je m'engage à avoir **prévenu cette personne de confiance de sa révocation.**

JE SOUSSIGNE(E) :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

... DECLARE :

- Ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle
- Faire l'objet d'une mesure de tutelle et joindre à ce formulaire l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille

... avoir reçu l'information sur la désignation d'une personne de confiance, et en application de l'article L.1111-6 du code de santé publique, **SOUHAITE :**

- Ne pas désigner de personne de confiance
- Désigner comme personne de confiance :**

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Coordonnées téléphoniques :

Lien avec la personne de confiance désignée :

- L'avoir informé** que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier administratif.
- Souhaiter que cette personne de **confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste à mes entretiens médicaux**, ceci afin de mieux m'aider dans mes décisions.
- Conserver cette désignation jusqu'à révocation**, que je peux décider à tout moment, et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement.
(Remplir une nouvelle fiche de désignation d'une nouvelle personne de confiance).

Date :

Date :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :