

DOSSIER PATIENT – Renseignements médicaux

Ce dossier ainsi que tous les documents demandés par votre praticien (ex : ordonnances prescrites par votre médecin traitant, compte-rendu d'examen, autorisation de soins...) **sont à apporter :**

- > à l'anesthésiste lors de votre consultation pré-opératoire**
OU > le jour de votre entrée si vous n'avez pas d'intervention chirurgicale prévue

Ⓢ NE PAS ENVOYER CE DOCUMENT PAR COURRIER

Partie réservée au patient

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE (marital) :

PRENOM(S) DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : F M

Téléphone fixe : Portable :

AUTORISATION D'HOSPITALISER ET D'OPERER → Pour les enfants mineurs et majeurs sous tutelle

Votre praticien vous a remis une demande d'autorisation d'opérer (FO-329) :

- Oui (merci de le ramener complété lors de la consultation d'anesthésie)
 Non → contacter le secrétariat de votre praticien pour le demander
 Non concerné

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(loi n°2002-303 du 4 mars 2002)

En tant que patient majeur (non sous tutelle, sauf autorisation du Juge des tutelles ou du conseil de famille), vous pouvez désigner une personne de confiance qui pourra :

- vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions
- être consultée par l'équipe médicale au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Coordonnées de la personne de confiance : Monsieur Madame

Nom de naissance : Prénom(s) de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Téléphone fixe : Portable :

J'ai été informé 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.

De plus, je certifie avoir informé la personne citée ci-dessus de cette désignation ainsi que de ses missions. (<http://www.clinique-breteche.fr/patient/droits-dossier.html>). Elle confirme son accord par sa signature.

OU

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.
(signature du patient au verso)

Signature de la personne de confiance :

FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT POUR L'ACCES AUX DONNEES MEDICALES

Concernant l'accès à votre dossier et/ou la transmission d'informations sur votre santé :

- Les professionnels de santé (médecin de la clinique, médecin traitant ou spécialiste désignés par vous) peuvent échanger des informations nécessaires à la continuité de votre prise en charge, ou de manière anonyme à des tiers à des fins statistiques ou de recherche (Cf. Livret d'accueil). Si vous souhaitez refuser cette communication à tout ou partie des professionnels de santé, préciser leur nom, et qualité :

Nom :

Qualité :

- Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises :

- à mes ayants droits en cas de décès
- aux titulaires de l'autorité parentale (pour les patients mineurs)
- à du personnel habilité dans le cadre de contrôle visant à améliorer la qualité de la prise en charge

Vous pourrez revenir sur ce choix à tout moment.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Avez-vous rédigé des Directives Anticipées ?

Si vous le souhaitez depuis la loi Léonetti du 22 avril 2005, il vous est possible de les rédiger (facultatif). Une documentation est disponible, vous pouvez la demander au personnel soignant ou la retrouver sur le site internet de la Clinique : <http://www.clinique-breteche.fr/patient/droits-dossier.html>

J'ai rédigé mes directives anticipées : oui non

Je désire rédiger mes directives anticipées : oui non

MEDECIN ADRESSEUR (si différent du médecin traitant)

Raison sociale (ex : CHU, SOS Médecins...) :

Nom:..... Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° tél :

Fait à : le : __ / __ / ____

Signature du patient ou du représentant légal :

PARTIE RESERVEE AU PRATICIEN :
PRISE EN CHARGE INITIALE DU PATIENT LORS DE SON HOSPITALISATION

Nom et prénom du patient :

Date prévue d'hospitalisation : Type : Ambulatoire
 Hospitalisation

Si hospitalisation en ambulatoire, autorisez-vous le patient à rester seul le soir chez lui : oui non

Date prévue d'intervention : Matin Après-midi

Date prévue de sortie :

MOTIF D'HOSPITALISATION / Intervention envisagée : (Code CCAM si possible :)

.....

Modification de traitement nécessaire à l'intervention :

.....

.....

Acte hors nomenclature DP Pas de DP CMU

Pensez à joindre un devis – Montant du devis ou autre dépassement :€

1) **Avez-vous informé le patient, conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, des bénéfices – risques de l'intervention ou du traitement envisagé?** oui non

2) **Validation réglementaire du risque infectieux :**

• **RISQUE MALADIE CREUTZFELD-JAKOB (MCJ) :**

Patient ni suspect, ni atteint :

Acte à risque (neurochirurgie hors rachis, actes touchant le nerf optique ou la muqueuse olfactive) →

inactivation

Acte non à risque → **procédure habituelle**

Patient diagnostiqué suspect (reçu PSL) ou atteint → **informer le chef de bloc et lancer la cellule de concertation (séquestration ou inactivation)**

• **STATUT INFECTIEUX :**

Patient porteur de BMR (bactérie multi-résistante) ; de SARM (Staphylocoque résistant à la pénicilline) ; d'EBLSE (entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu)

Patient avec risque de portage de BHRé (rapatriement sanitaire de l'étranger, hospitalisation à l'étranger de + de 24h dans les 12 derniers mois) ; ou patient connu porteur de BHRé

Patient actuellement porteur d'une maladie contagieuse :

→ **si concerné informer l'EOH et la gestion des lits**

Autres situations particulières de prise en charge à signaler (informer si besoin praticien, EOH ou resp. du service concerné) :

.....

.....

Le : __ / __ / ____

CACHET MEDICAL
et signature du praticien :