

Document à compléter obligatoirement et à remettre à la clinique au plus tard le jour de votre hospitalisation.

Cadre réservé à l'établissement

Etiquette Patient

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Une exploration médicale ou un traitement invasif sont envisagés pour vous-même, un de vos enfants, ou une personne placée sous votre tutelle.

Tout acte médical doit être précédé de l'expression du consentement, ce qui suppose qu'ait été donnée une information loyale, claire et appropriée par le praticien.

Après avoir échangé sur cette information avec le praticien, nous vous remercions de bien vouloir signer le présent document, par lequel vous reconnaissez :

- Avoir été bien informé des investigations et des traitements envisagés, de leur utilité, de leur urgence éventuelle, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que des autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.
- Autoriser les praticiens de la clinique à effectuer une anesthésie et une intervention chirurgicale ou endoscopique, et tout acte nécessaire en cas d'urgence.
- Autoriser les praticiens à effectuer une transfusion sanguine en cas de nécessité.

1 / CONSENTEMENT ECLAIRE

Vous êtes la PERSONNE SUBISSANT L'INTERVENTION ou RECEVANT LES SOINS :

Nom :

Prénom :

Fait le :

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

2 / AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR / MAJEUR PROTEGE

L'intervention ou les soins proposés concernent votre ENFANT MINEUR (*) ou une PERSONNE PLACEE SOUS VOTRE TUTELLE :

Nom et prénom de l'enfant ou de la personne sous votre tutelle :

.....

Signataire(s) :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Fait le :

Signature(s) précédée(s) de la mention « *J'autorise les soins proposés* »

*(*1) Pour l'autorisation d'opérer pour mineur, la signature des deux parents est souhaitable. Prévoir une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant ou une copie du livret de famille.*

Merci de remplir au dos.

Document à compléter obligatoirement et à remettre à la clinique au plus tard le jour de votre hospitalisation.

3 / PERSONNE DE CONFIANCE (sauf pour les mineurs et personnes sous tutelle)

En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette personne de confiance sera consultée sur les décisions médicales à prendre au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire.

Cette désignation doit être faite par écrit, et est révocable à tout moment.

Si vous le souhaitez, cette personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

Je, soussigné(e),

ne souhaite pas désigner de personne de confiance

souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : Prénom :

Téléphone : Adresse :

Signature de la personne de confiance :

4 / PERSONNE A PREVENIR (Rubrique Obligatoire)

Merci de nous indiquer la personne à prévenir :

Nom : Prénom : Téléphone :

Fait le :

Signature du patient

5 / DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne peut se prémunir contre son incapacité en laissant des instructions sur les décisions à prendre concernant sa santé ou sa fin de vie, pour le jour où elle ne pourra plus exprimer sa volonté.

Vous pouvez rédiger des directives anticipées à tout moment. Elles doivent contenir l'indication de vos noms et prénoms ainsi que votre date et lieu de naissance.

Si vous êtes en état d'exprimer votre volonté mais dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez faire rédiger le document par un tiers et demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que cet écrit, bien que n'étant pas de votre main, est l'expression de votre volonté.

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Directives anticipées :

Merci de remplir au dos.