

Livret d'Entrée Patient
Avant un acte sans anesthésie
ou sous anesthésie locale

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET
SIGNÉ LE JOUR DE VOTRE PRISE EN CHARGE.**

**Dans le cas contraire, votre prise en charge pourrait être
reportée par le Praticien.**

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Étiquette patient

Identification du patient :

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Intervention / Acte : Date de l'intervention / Acte :
Adresse : Code postal : Ville :
Téléphone : Adresse mail :
Médecin traitant : Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) :

J'autorise Je n'autorise pas l'établissement à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance).

**Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle, à compléter si le patient est dans l'impossibilité de
renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

Signature du
représentant ou tuteur
du patient

Identification du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient : Nom, prénom :
Lien avec le patient : Tél. :

Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur (Articles 371-1, 372, 372-2 du Code Civil / Articles L.1111-5, R.1111-2, R.1112-35 du Code de la Santé Publique),
à compléter si le patient est mineur - Identification des titulaires de l'autorité parentale :

Père de l'enfant⁽²⁾ Mère de l'enfant⁽²⁾ Tuteur⁽¹⁾
Nom : Nom : Nom :
Prénom : Prénom : Prénom :
Date de naissance : Date de naissance : Date de naissance :
Tél. : Tél. : Tél. :
Adresse : Adresse : Adresse :

Signature

Signature

Signature

Identification de la personne présente le jour de la prise en charge de l'enfant (hors titulaires de l'autorité parentale) :

Nom, prénom⁽³⁾ : Lien avec l'enfant : Tél. :

SECURITE : l'établissement n'autorise pas la sortie d'un patient mineur sans accompagnant.

Transmissions des informations de santé :

Je demande Je refuse que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant : Nom et prénom du Médecin de mon choix :
Adresse : Adresse :
Tél. : Tél. :

J'autorise Je n'autorise pas l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale et/ou administrative, mes proches ou plus précisément la personne ci-après désignée et que les informations concernant mon état de santé lui soient communiquées :

Nom, prénom : Lien avec le patient : Tél. :

J'autorise Je n'autorise pas dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

J'autorise Je n'autorise pas l'établissement à déposer dans mon Dossier Médical Partagé (DMP) et/ou dans mon Espace Santé les documents relatifs à mon hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, résultats d'analyses importants, ordonnance de sortie...)

Je souhaite ne pas divulguer ma présence au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Aucun traitement en cours **Traitements en cours** : si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter vos ordonnances le jour de votre entrée.

Noms de vos médicaments et dosage	Forme (comprimés, injectables...)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI NON , si oui précisez :

Produits iodés Latex **Types de réactions :** Eczéma Rhume des foins
 Alimentaires (précisez) : Urticatoire Œdème de Quincke
 Médicaments (précisez) : Intolérances (précisez) :
 Antibiotiques (précisez) : Autre (précisez) :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

(Informations données par le Praticien concernant l'acte envisagé)

- Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36), je vous confirme que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices et des risques inhérents à tout acte s'effectuant sans anesthésie ou sous anesthésie locale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- J'atteste que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'acte suivant :

- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser librement toutes les questions concernant cet acte ainsi que les complications possibles et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité dans la durée de l'acte, dans les variations anatomiques, dans les cicatrifications ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.

- J'ai également été informé qu'au cours de l'acte et des soins suivants cet acte, vous pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en post-opératoire.

- J'atteste avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le « Livret d'Information Patient ».

Je, soussigné(e),

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cet acte

- Certifie ne pas vous avoir dissimulé d'éléments nécessaires pour apprécier les risques afin que mon acte sans anesthésie ou sous anesthésie locale, puisse être exécuté en toute sécurité

- Autorise le Dr à pratiquer l'acte prévu dans les conditions ci-dessus

ÉVALUATION DES RISQUES LIÉS AUX ATNC (AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS)

Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005 (A compléter avec le praticien lors de la consultation)

Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui non

2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui non

3. Un membre de votre famille génétique a-t-il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? oui non

4. Avez-vous été identifié comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ? oui non

***Si réponse oui à la question n°4, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC**

Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :

PNSNA Patients Ni Suspects Ni Atteints regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

PSA Patients Suspects ou Atteints Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

Je, soussigné(e), patient ou son représentant, atteste :

- de l'exactitude des informations mentionnées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement le jour de mon entrée et qui sera archivé dans mon dossier médical

- avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver : consignes générales avant l'acte, informations concernant la lutte contre la douleur, cas particulier du patient allergique au latex, informations sur l'anesthésie locale

- Je reconnais avoir été informé(e) des risques liés au contexte épidémique actuel COVID-19 et j'accepte les mesures mises en place par l'établissement. En cas de refus de me soumettre à ces mesures, mon hospitalisation sera annulée

Fait à, le

Signature du Praticien responsable du patient

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CAS PARTICULIER PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE	
Nom et signature : père et mère ⁽²⁾ ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

⁽¹⁾ : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

⁽²⁾ La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

⁽³⁾ : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'infirmier(e) du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.