

Livret d'Entrée Patient
SERVICE DE MÉDECINE

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET
 SIGNÉ LORS DE VOTRE ADMISSION.**

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 :

Date d'hospitalisation :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse mail :

Pharmacie habituelle :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) :

.....

**Représentant
 du patient ou
 d'un majeur
 sous tutelle**

A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :

Identification du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Tél. :

**Signature du représentant
 ou tuteur du patient**

⁽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.

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, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :

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

Non divulgation de présence

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

Personnes à prévenir

J'autorise l'établissement à prévenir, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

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

Désignation de la personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom, prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse : Tél. :

Cette personne, légalement capable, est : un proche un parent mon Médecin traitant
Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

Réservé à la personne de confiance : Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance. Fait à le	Signature de la personne de confiance
--	--

Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Directives anticipées

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

Je soussigné(e), reconnais :

- avoir reçu le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
 - les différents actes médicaux, diagnostiques et/ou thérapeutiques
 - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir été suffisamment informé(e) par le Dr sur mon état de santé et la réflexion bénéfice-risque qui en découle et je l'autorise à me prendre en charge dans les conditions ci-dessous.
- avoir compris :
 - que mon état de santé nécessite une prise en charge en Service de Médecine
 - qu'au cours des soins relatifs à cette prise en charge, 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 ainsi 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, 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 cette prise en charge
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que ma prise en charge puisse être exécutée en toute sécurité

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte les traitements proposés en Service de Médecine.

J'ai bien noté qu'à tout moment, je peux revenir sur ce consentement général.

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 MAJEUR SOUS TUTELLE	
Nom et signature : tuteur du majeur sous tutelle	Nom et signature du majeur sous tutelle
(précédée de la mention « lu et approuvé »)	

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

CARDIAQUES

- Hypertension artérielle oui non
- Infarctus, angine de poitrine oui non
- Si oui, êtes-vous porteur de stent ? oui non
- Varices, phlébite, embolie pulmonaire oui non
- Artérite oui non
- Troubles du rythme : oui non
- Si oui : Tachycardie FA Autres (précisez) :
.....

RESPIRATOIRES

- Asthme oui non
- Bronchite chronique oui non
- Insuffisance respiratoire oui non
- Apnées du sommeil oui non
- Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui non

DIGESTIFS

- Brûlures d'estomac oui non
- Ulcère gastrique oui non
- Hernie hiatale oui non
- Troubles du transit oui non
- Si oui : Constipation Diarrhée
- Autres, précisez :
-

URINAIRES, RÉNAUX

- Coliques néphrétiques oui non
- Insuffisance rénale oui non
- Dialyse oui non
- Problème de prostate oui non

GYNÉCOLOGIQUES

- Nombre de grossesses :
- Nombre d'accouchements :
- Avez-vous eu une péridurale pour votre
ou vos accouchement(s) ? oui non
- Date des dernières règles :
- Etes-vous enceinte ? oui non

DIVERS

- Maladie de Willebrand oui non
- Hémophilie oui non
- Glaucome oui non
- Hépatite B oui non
- Hépatite C oui non
- HIV oui non

NEUROLOGIQUES

- Migraines oui non
- Épilepsie oui non
- Accident ischémique transitoire (AIT) oui non
- Si oui, séquelles ? oui non
- Si séquelles, précisez :
-
- Accident vasculaire cérébral (AVC) oui non
- Si oui, séquelles ? oui non
- Si séquelles, précisez :
-
- Syndrome de dépression oui non

ENDOCRINIENS

- Diabète oui non
- Si oui, traité par : Régime Comprimés
Insuline
- Problème de thyroïde oui non
- Cholestérol oui non
- Triglycérides oui non
- Autres, précisez :
-

TOXICOLOGIQUES

- Tabac oui non
- Si oui, combien :
- Depuis quand ?
- Avez-vous arrêté ? oui non
- Si oui, depuis quand ?
- Cigarette électronique oui non
- Alcool, vin... oui non
- Si oui, précisez :
- Depuis quand ?
- Avez-vous arrêté ? oui non
- Si oui, depuis quand ?
- Cannabis oui non
- Si oui, précisez :
- Autres stupéfiants oui non
- Si oui, précisez :

AUTRES MALADIES

- oui non
- Si oui, précisez :
-
-
-
-
-
-

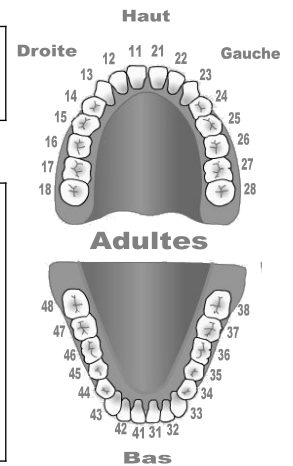
STATUT TRANSFUSIONNEL

Avez-vous été transfusé(e) ? oui non , si oui, à quelle(s) date(s) ?

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui non , si non, motif :

PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI NON

Lentilles oui non
Prothèse auditive oui non
Autres oui non , si oui, lesquelles ?



QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui non
Si oui, précisez : Partielle : maxillaire supérieur maxillaire inférieur
Complète : maxillaire supérieur maxillaire inférieur

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui non
Si oui, lesquelles ? (entourer la ou les dents concernées sur le schéma ci-contre)
Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en informer le Médecin Anesthésiste.

Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....
.....

**Je, soussigné(e),
atteste de l'exactitude et de
l'exhaustivité des informations
mentionnées dans la rubrique
« Questionnaire Médical »
pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant**

.....

Je, soussigné(e), atteste :

- de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement pour le jour de mon admission 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 :

Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé – Service de Médecine
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Questionnaire patient
- Traitement médicamenteux

Informations complémentaires en vue de votre prise en charge :

- Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Informations concernant l'interdiction de fumer
- Cas particulier de l'allergie au latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

Engagement du patient hospitalisé

Fait à

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

Le

.....

Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses 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).