

A compléter et transmettre impérativement au plus tard l'avant-veille de l'intervention à l'accueil du CHP Saint Grégoire à l'attention des pré-admissions soignantes ou par mail à l'adresse suivante : stg.preadsoignantes@vivalto-sante.com

Je soussigné(e)(nom, prénom).....Né(e)le :

Entrant au CHP Saint Grégoire le :/...../20.....

1° LIVRET D'ACCUEIL

Je reconnais avoir bien reçu le livret d'accueil de la clinique décrivant son fonctionnement et les tarifs.

2° AUTORISATIONS

L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise que :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

J'autorise

- le docteur....., ainsi que le cas échéant, le médecin anesthésiste, à pratiquer l'intervention chirurgicale ou médicale, et/ou les examens et traitements nécessités par mon état de santé et à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.
- le CHP Saint Grégoire à commander et régler, le cas échéant, tout équipement et prothèse, sang et produits dérivés nécessaires aux soins prodigués.

3° PERSONNE DE CONFIANCE

Art L.1111-6 de la Loi du 4 mars 2002 (*cette personne peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions*)

Je désigne comme Personne de confiance (Nom, Prénom, coordonnées) :

Nom :Prénom :

 domicile :  portable :

Nature de la relation (conjoint, médecin, ami, etc.).....

Je ne souhaite pas désigner de Personne de confiance

Signature de la
personne désignée :

4° DIRECTIVES ANTICIPEES

- J'ai rédigé mes directives anticipées, je les transmets à l'équipe soignante lors de mon admission
- Je souhaite rédiger des directives anticipées. Une guide pour leur rédaction est à votre disposition à l'accueil et dans les services de soins lors de votre admission
- Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

Fait à,

Le:/...../20.....

SIGNATURE :

A compléter et transmettre impérativement au plus tard l'avant-veille de l'intervention à l'accueil du CHP Saint Grégoire à l'attention des pré-admissions soignantes ou par mail à l'adresse suivante : stg.preadsoignantes@vivalto-sante.com

AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR

Patient mineur ou patient majeur sous tutelle

Document concernant l'enfant ou le majeur sous tutelle (Nom, Prénom):

Né(e) le : / / Entrant au CHP le : / /

1° AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR (OU MAJEUR SOUS TUTELLE)

Conformément à article 372-2 du code civil et à l'article 42 du code de déontologie

Je soussigné, certifie être représentant légal de l'enfant (ou majeur sous tutelle) désigné ci-dessus, autorise l'équipe médico-chirurgicale du CHP SAINT GREGOIRE à l'opérer et anesthésier et à pratiquer les actes liés à son intervention. et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père	Mère	Tuteur
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
☎ domicile :	☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :	☎ portable :
Date : ... / ... /	Date : ... / ... /	Date : ... / ... /
Signature :	Signature :	Signature :

A compléter en cas d'absence de signature de l'un des titulaires de l'autorité parentale :

- J'atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale
- J'atteste sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées et n'avoir plus aucun contact avec l'autre parent me permettant de lui remettre et lui faire signer le présent document

Je confirme être informé(e) qu'hors situations renseignées ci-dessus, qu'en absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention, en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de l'état de santé à court ou moyen terme, ne pourra avoir lieu.

Nom, Prénom: Signature:

2° CONSENTEMENT DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE OU MINEUR

apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision

L'article L 1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »

Je soussigné(e)(nom, prénom)..... Né(e)le :

Certifie avoir été suffisamment informé des avantages mais aussi des risques de l'intervention proposée.

J'autorise le docteur.....ou un autre spécialiste du CHP SAINT GREGOIRE à m'opérer, à m'anesthésier et à pratiquer les actes liés à l'intervention.

Date : / / Signature :

3° AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR à l'autorité parentale à la sortie de l'hospitalisation

Nous soussignons Monsieur :, Madame : représentants légaux de l'enfant désigné sur le présent document certifions qu'à sa sortie du CHP SAINT GREGOIRE, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux ou à un tiers désigné ci-dessous (**sa pièce d'identité** lui sera demandée pour la restitution).

En l'absence de signatures, la présence des deux parents peut être requise dans certains cas.

Le : ... / ... /

Signatures :

Tiers (le cas échéant)

Nom : Prénom :

☎ domicile :

☎ portable :