

IDENTITE DU PATIENT

Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_| Ville : _____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse mail : _____ @ _____

Téléphone fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Etiquette patient

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : _____ Ville : _____

N° de téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

VOTRE HOSPITALISATION

Date d'entrée : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom du médecin : _____ Service : _____

DIRECTIVES ANTICIPEES

Article L. 1111-11 du Code de la santé publique

Document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié (nom, prénom, date et lieu de naissance). Toute personne majeure peut, si elle le souhaite rédiger des « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tous moyens, elles sont modifiables ou annulables. Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge dans l'établissement. Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins (dont votre personne de confiance).

Avez-vous des directives anticipées ?

Oui → Si Oui, où peut-on les trouver ? _____

Non (Si vous souhaitez en rédiger, vous pouvez trouver un modèle sur le site internet de l'Hôpital)

PERSONNE A PREVENIR*Personne qui sera contactée an cas d'urgence ou à la demande expresse du patient*

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Téléphone fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| / Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Lien de parenté (cochez la case) :

 Conjoint/Concubin Enfant Parent Autre (précisez) : _____**PERSONNE DE CONFIANCE***La personne de confiance est consultée si vous êtes dans l'impossibilité de décider vous-même et d'exprimer vos volontés. Elle peut vous aider dans vos décisions et vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux. Elle peut être ou non un membre de la famille ou le médecin traitant.* Je souhaite désigner la personne suivante :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Téléphone fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| / Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Lien de parenté (cochez la case) :

 Conjoint/Concubin Enfant Parent Autre (précisez) : _____ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance Le patient n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance

Fait à : _____ Le : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Signature du patient :*Précédée de la mention «Lu et approuvé »***Signature de la personne de confiance :***Précédée de la mention «Lu et approuvé »*