



**Livret d'Entrée Patient**  
**ENDOSCOPIE DIGESTIVE**  
**DIAGNOSTIQUE / INTERVENTIONNELLE**

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

*Étiquette patient*

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ POUR LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE. DANS LE CAS CONTRAIRE, LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE NE POURRA PAS AVOIR LIEU.**

**Identification du patient**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Intervention / Acte : ..... Date de l'intervention / Acte : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Pharmacie habituelle : .....

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**

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

**Identification du  représentant /  tuteur<sup>(1)</sup> du patient :**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

**Signature du représentant ou tuteur du patient**

**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

**A compléter si le patient est mineur, identification des titulaires de l'autorité parentale :**

<input type="checkbox"/> Père de l'enfant <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Mère de l'enfant <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Tuteur <sup>(1)</sup>
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Tél. : .....	Tél. : .....	Tél. : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....

<b>Signature</b>	<b>Signature</b>	<b>Signature</b>
------------------	------------------	------------------

**Identification des personnes présentes le jour de l'hospitalisation ou au moment de la sortie de l'enfant (hors titulaires de l'autorité parentale)**

Nom, prénom <sup>(3)</sup> : .....	Nom, prénom <sup>(3)</sup> : .....
.....	.....
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....
.....	.....
Tél. : .....	Tél. : .....

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

(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.

<b>Soins réalisés par des étudiants</b>	J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> un <b>étudiant</b> (infirmier(e) ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.	<b>Signature du patient</b>
---	---	-----------------------------

<b>Transmissions des informations de santé</b>	Je demande <input type="checkbox"/> Je refuse <input type="checkbox"/> 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.



Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**, visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...).

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement.

<b>Réservé au patient mineur :</b> En qualité de <b>patient hospitalisé mineur</b> , et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, <b>je n'autorise pas</b> <input type="checkbox"/> que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.	<b>Nom de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur</b>
--	--

<b>Non divulgation de présence</b>	<input type="checkbox"/> Je souhaite ne pas divulguer ma présence au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.
------------------------------------	---

<b>Personnes à prévenir</b>	J'autorise l'établissement à contacter, <u>en cas de nécessité</u> , la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :	
	Nom, prénom : .....	Nom, prénom : .....
	Lien avec le patient : .....	Lien avec le patient : .....
	Tél. : .....	Tél. : .....

<b>Désignation de la personne de confiance</b>	<input type="checkbox"/> Je souhaite désigner une personne de confiance :	
	Nom, prénom : .....	
	Date et lieu de naissance : .....	
	Adresse : ..... Tél. : .....	
	Cette personne, légalement capable, est : <input type="checkbox"/> un proche <input type="checkbox"/> un parent <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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

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.

<b>Directives anticipées</b>	Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
------------------------------	--

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ CHIRURGICAL

*Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée*

- 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 toute intervention chirurgicale\* s'effectuant sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. 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'intervention suivante :

- Coloscopie   
  Gastroskopie   
  Cathétérisme bilio-pancréatique   
  Echo-endoscopie

\*Si l'intervention chirurgicale vous est proposée en chirurgie ambulatoire, acceptez-vous ce type de prise en charge, après avoir été informé des modalités particulières d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ?    oui     non

- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser librement toutes les questions concernant cette intervention 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'intervention, dans les variations anatomiques, dans les cicatrisations ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.

- J'ai également été informé qu'au cours de l'intervention et des soins suivants cette intervention, l'anesthésiste et vous-même 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 que l'anesthésiste 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 reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus **d'un délai minimum à respecter entre la consultation et l'intervention prévue** et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations pré et post-opératoire 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 cette intervention
- 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 mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité
- Autorise le Dr ..... à pratiquer l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus

Fait à ....., le .....

<b>Signature du Praticien responsable du patient</b>	<b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b>	<b>CAS PARTICULIER</b> <b>PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE</b>	
		Nom et signature : père <u>et</u> mère <sup>(1)</sup> 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

## ÉVALUATION DES RISQUES LIES 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**

**Je, soussigné(e),  
atteste de l'exactitude des renseignements  
mentionnés ci-dessus.**

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

<b>Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :</b>	<b>PNSNA</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients Ni Suspects Ni Atteints</b> regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST	<b>PSA</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients Suspects ou Atteints</b> Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique
--	---	---

**Nom et signature du Praticien responsable du patient**

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

*Informations données par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée  
(A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)*

Conformément à l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique, j'ai été clairement informé(e) par le « Livret d'Information Patient » des avantages et des risques des différentes modalités d'anesthésie.

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr ....., j'ai été informé(e) plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour mon intervention mentionnée ci-dessus, ainsi que sur les risques et les complications possibles liés à cette anesthésie.

J'ai été informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si ma dentition est fragile.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité.

J'autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à pratiquer cette anesthésie, à effectuer tout acte et tout examen qu'il estimera nécessaire pendant et après l'intervention, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

Fait à ....., le .....

<b>Signature de l'Anesthésiste Réanimateur responsable du patient</b>	<b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b>	<b>CAS PARTICULIER PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE</b>	
		Nom et signature : père <u>et</u> mère <sup>(1)</sup> ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

*Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Son absence, toutefois, nous contraindrait à différer votre anesthésie.*

(1) 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).

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Traitements en cours     Aucun traitement en cours

**Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter vos ordonnances et vos médicaments dans leurs boîtes le jour de votre entrée.**

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

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

**Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ?** oui  non , si oui, précisez :

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

**QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE (disponible également en ligne)**  
**Important : ce questionnaire est indispensable à la consultation pré-anesthésique.**  
**Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant**

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui  
 Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

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

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : .....	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
---	---

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI  NON  , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Œdème Anglo-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... ..... .....
--	---	---

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? OUI  NON**

Si oui, précisez :

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÉDENTES ANESTHÉSIES ? OUI  NON**

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

**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 : .....  
 Êtes-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) ?

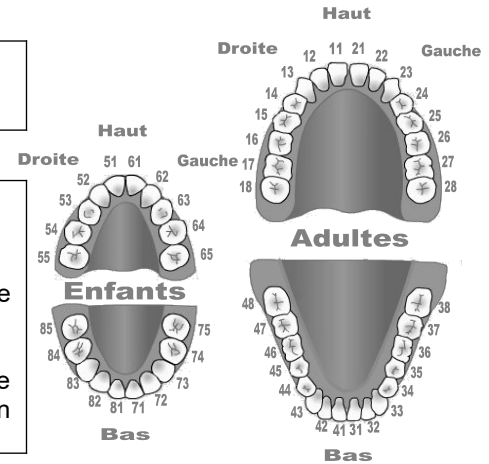
**Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel**, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non  , si non,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

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

**Pour une prise en charge en ambulatoire :**  
 Aurez-vous un accompagnant à la sortie de l'établissement et au domicile la nuit qui suit l'intervention ? oui  non   
 Au domicile avez-vous accès à un téléphone fixe ou portable ? oui  non

**Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations mentionnées dans la rubrique « Questionnaire Anesthésie » pages 5 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 la consultation pré-anesthésique et qui sera archivé dans mon dossier médical
- atteste 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 toute intervention chirurgicale :**

- L'anesthésie
- Le jeûne
- Consignes spécifiques à suivre concernant la chirurgie ambulatoire
- Cas particulier de l'allergie au latex
- Préparation cutanée et douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales
- Informations générales sur la radioprotection ou exposition aux rayonnements ionisants

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

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir

- Directives anticipées

- Consentements éclairés Chirurgical et Anesthésique
- Informations générales sur l'anesthésie
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Traitement médicamenteux
- Signalement des événements sanitaires indésirables

**Informations complémentaires en vue de votre intervention :**

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Messageries sécurisées
- 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
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

**Engagement du patient hospitalisé**

- En fonction de la situation épidémique, certaines mesures pourront être demandées (port du masque, isolement...) selon les recommandations internes à l'établissement. Je reconnais en être informé(e) et en accepte le principe.

Fait à .....

Le .....

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



*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).*