

Livret d'Entrée Patient SERVICE DE MÉDECINE

<u>DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ</u> LORS DE VOTRE ADMISSION.

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance :

Age:

Étiquette patient

Identification du patient	Nom de naissance :				
	Prénom :				
	Date d'hospitalisation :				
	Profession:				
	Adresse:				
	Code postal : Ville :				
	Téléphone :				
	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	A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :				
sous tutelle	Identification du □ représentant / □ tuteur ⁽¹⁾ du patient : Signature du représentant ou tuteur du patient				
	Nom :				
	Prénom :				
	Lien avec le patient :				
	Tél. :				

(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.

HPMB Version 03 Page 1 sur 6

Soins réalisés par des étudiants	J'autorise □ Je n'autorise pas □ un <u>étudiant</u> (infirr soignant(e)) encadré par des professionnels de chaqu réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.				
Transmissions des informations de	mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :				
santé	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, <u>en cas de nécessité médicale</u> , 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.				
	Vous pouvez exercer votre droit d'opposition direc	in, l'établissement peut déposer dans votre Dossier internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs ospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie). tement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou MP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès			
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	☐ Je souhaite désigner une personne de confiance : Nom, prénom :				
confiance	Date et lieu de naissance :				
	Adresse:	él. :			
	Cette personne, légalement capable, est : \square un proche \square un parent \square mon Médecin traitant Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui \square non \square				
	Réservé à la personne de confiance : Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) désignation en qualité de personne de confiance.	de ma			
	Fait àle				
	☐ 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 ? \Box	OUI 🗆 NON			

HPMB Version 03 Page 2 sur 6

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - SERVICE DE MÉDECINE

Informations données par le Praticien concernant votre prise en charge

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.

Signature du Praticien responsable du patient

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

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

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

☐ Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

HPMB Version 03 Page 3 sur 6

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Noms de vos médicaments et dosaç	ge Forme (comprimés, injectables)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autre
as particulier : autre modalité de prise de médica	amont (an ago do avigo 1	iour nor comoi	20.			
•	•	•	,			
renez-vous d'autres médicaments ou	complements allme	entaires ? c	oui 🗀 non	ı ⊔, sı ouı, 	precisez :	
	QUESTIONNAIR	E MÉDIO	0.7			
<u>Important</u> : ce questionnai <u>Remplissez-le avec</u>		sable à la	prépara			r.
Remplissez-le avec	soin à domicile	sable à la ou avec	prépara votre mé	<u>decin tra</u>	<u>itant</u>	
	soin à domicile	sable à la ou avec Variati	<i>préparat</i> <u>votre mé</u> on de poid	<i>decin tra</i> s récente :	<u>itant</u> □ non □ ou	i
Pemplissez-le avec pids :	soin à domicile	sable à la ou avec v Variati Perte de po	préparativotre mé on de poiditids :	<i>decin tra</i> s récente :	<u>itant</u> □ non □ ou	i
Remplissez-le avec pids :	soin à domicile	sable à la ou avec Variati Perte de po	préparativotre mé on de poida ids :	decin tra s récente : kg dep précisez : de réactior	nitant ☐ ou ☐ non ☐ ou uis :	i
Remplissez-le avec pids :	soin à domicile	sable à la ou avec Variati Perte de po	préparativotre mé on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réactior éma □ RI	nitant ☐ non ☐ ou uis :	i
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile	sable à la ou avec v Variati Perte de po	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réactior éma	nitant ☐ ou ☐ non ☐ ou uis :	ni ns
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile	sable à la ou avec v Variati Perte de po	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réactior éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir Edème de Qui orécisez) :	ns incke
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile	sable à la ou avec v Variati Perte de po	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réactior éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir Edème de Qui orécisez) :	ns incke
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile	Sable à la OU AVEC Variati Perte de po NON	on de poididids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir Edème de Qui précisez) : z) :	ns incke
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile is :	JI Neurotique	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	non □ ou uis : ns : hume des foir Edème de Qui précisez) : z) :	ii ns ncke
Remplissez-le avec poids :	soin à domicile	JI Neurotique	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir Edème de Qui précisez) : z) :	i ns incke
Remplissez-le avec poids :	TRE FAMILLE : OU Complication d'	Sable à la ou avec variati Perte de po NON Neurotique anesthésie	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir cdème de Qui précisez) : z) :	i ns incke
Remplissez-le avec poids :	TRE FAMILLE : OU Complication d'	Sable à la ou avec variati Perte de po NON Neurotique anesthésie	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir cdème de Qui précisez) : z) :	i ns incke
Remplissez-le avec poids :	TRE FAMILLE : OU Complication d'	Sable à la ou avec variati Perte de po NON Neurotique anesthésie	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir cdème de Qui précisez) : z) :	is incke
Remplissez-le avec poids :	TRE FAMILLE : OU Complication d'	Sable à la ou avec variati Perte de po NON Neurotique anesthésie	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir cdème de Qui précisez) : z) :	is incke
Remplissez-le avec poids :	TRE FAMILLE : OU Complication d'	Sable à la ou avec variati Perte de po NON Neurotique anesthésie	on de poidids :	s récente : kg dep précisez : de réaction éma	nitant □ non □ ou uis : ns : hume des foir cdème de Qui précisez) : z) :	is incke

HPMB Version 03 Page 4 sur 6

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

CARDIAQUES			NEUROLOGIQUES		
Hypertension artérielle	oui 🗆	non 🗆	Migraines	oui 🗆	non 🗆
Infarctus, angine de poitrine	oui 🗆	non □	Épilepsie	oui 🗆	non □
Si oui, êtes-vous porteur de stent ?	oui 🗆	non □	Accident ischémique transitoire (AIT)	oui 🗆	non □
Varices, phlébite, embolie pulmonaire	oui 🗆	non □	Si oui, séquelles ?	oui 🗆	non □
Artérite	oui 🗆	non □	Si séquelles, précisez :		
Troubles du rythme :	oui 🗆	non □			
Si oui : □ Tachycardie □ FA □ Aut	res (préd	cisez) :	Accident vasculaire cérébral (AVC)	oui 🗆	non □
			Si oui, séquelles ?	oui 🗆	non 🗆
			Si séquelles, précisez :		
RESPIRATOIRES					
Asthme	oui 🗆	non 🗆	Syndrome de dépression	oui 🗆	non □
Bronchite chronique	oui 🗆	non 🗆			
Insuffisance respiratoire	oui 🗆	non 🗆	ENDOCRINIENS		
Apnées du sommeil	oui 🗆	non 🗆	Diabète	oui 🗆	non 🗆
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?	oui 🗆	non 🗆	Si oui, traité par : □ Régime □ Com Insuline	primés [
DIGESTIFS			Problème de thyroïde	oui 🗆	non □
Brûlures d'estomac	oui 🗆	non 🗆	Cholestérol	oui 🗆	non 🗆
Ulcère gastrique	oui 🗆	non □	Triglycérides	oui 🗆	non □
Hernie hiatale	oui 🗆	non □	Autres, précisez :		
Troubles du transit	oui 🗆	non □			
Si oui : □ Constipation □ Diarrhée					
Autres, précisez :			TOXICOLOGIQUES		
			Tabac	oui 🗆	non 🗆
_			Si oui, combien :		
URINAIRES, RÉNAUX			Depuis quand ?		
Coliques néphrétiques	oui 🗆	non 🗆	Avez-vous arrêté ?	oui 🗆	non 🗆
Insuffisance rénale	oui 🗆	non 🗆	Si oui, depuis quand ?		
Dialyse oui □	non 🗆		Cigarette électronique	oui 🗆	non 🗆
Problème de prostate	oui 🗆	non 🗆	Alcool, vin	oui 🗆	non 🗆
2,4,4,2,1,2,1,2,1,2,1,2,1,2,1,2,1,2,1,2,			Si oui, précisez :		
GYNÉCOLOGIQUES			Depuis quand ?		
Nombre de grossesses :			Avez-vous arrêté ?		non 🗆
Nombre d'accouchements :			Si oui, depuis quand ?		
Avez-vous eu une péridurale pour votre		_	Cannabis	oui 🗆	non 🗆
ou vos accouchement(s)?	oui 🗆		Si oui, précisez :		
Date des dernières règles :			Autres stupéfiants	oui 🗆	non 🗆
Etes-vous enceinte ?	oui 🗆	non 🗆	Si oui, précisez :		
DIVERS			AUTRES MALADIES	oui 🗆	non □
Maladie de Willebrand	oui 🗆	non □	Si oui, précisez :		
Hémophilie	oui 🗆	non □			
Glaucome	oui 🗆	non □			
Hépatite B	oui 🗆	non 🗆			
Hépatite C	oui 🗆	non 🗆			
HIV	oui 🗆	non 🗆			

STATUT TRANSFUSIONNEL						
Avez-vous été transfusé(e) ? oui □ non □, si oui, à que	elle(s) date(s) ?					
Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VII Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui	H (Virus de l'Immunodéficience Hu					
PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI ☐ NON	I 🗆	Haut				
Lentilles oui □ non □		Droite 12 11 21 22 Gauche				
Prothèse auditive oui □ non □		13 000 23				
Autres oui □ non □, si oui, lesquelles ?		15 25				
QUESTIONNAIRE DENTAIRE		16 26 27				
Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui	non □	18 7 28				
Si oui, précisez : Partielle :		Adultes				
Complète : ☐ maxillaire supérieur		Addites				
		48 7				
Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragil attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui □	les et doivent-elles requérir une non □	47 🕏				
attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui □ Si oui, lesquelles ? (entourer la ou les dents concernées s		46 35 35				
Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre		43 33 33				
dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en inf		42 41 31 32				
Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas	<u>précisé dans ce questionnaire</u> ?					
Je, soussigné(e),	Nom de naissance et sign					
atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des	ou de son représ	sentant				
informations mentionnées dans la rubrique						
« Questionnaire Médical » pages 4 à 6						
Je soussigné(e) :						
atteste de l'exactitude des informations mentionn	ées et signées dans ce « Livret	d'Entrée Patient », que i				
rapporterai impérativement pour le jour de mon admis						
atteste avoir pris connaissance des information	ne eujvantoe contonuoe dane l	o « Livrot d'Informatio				
Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver		e « Liviet a illiolillatio				
Informations complémentaires pour vous aider à renseigner	Informations complémentaires en vue	de votre prise en charge :				
le « Livret d'Entrée Patient » :	Alimenter et consulter le Dossier n					
Identification du patient Protection invidigue des majours protégés	Messageries sécurisées					
 Protection juridique des majeurs protégés Demande de non divulgation de présence 	 Accès à votre dossier médical Programme de Médicalisation du S 	Système d'Information				
 Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir 	Informations concernant la lutte co					
 Directives anticipées 	 Informations concernant l'interdicti 	on de fumer				
Consentement éclairé – Service de Médecine Informations conservant une éventuelle transfusion	Cas particulier de l'allergie au later Lafa mantieur aver la préventieur des a					
sanguine et l'administration de médicaments dérivés du	 Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du Information sur la prévention des chutes Recherche biomédicale 					
sang	 Don d'organes et de tissus 					
 Questionnaire patient Traitement médicamenteux 	Principe de laïcité Engagement du patient hoonitalisé					
Signalement des événements sanitaires indésirables	Engagement du patient hospitalisé					
· En fonction de la situation épidémique, certaine	es mesures pourront être dema	andées (port du masque				
isolement) selon les recommandations internes à l'						
le principe.						
		_				
Nom de n	aissance et signature du patient					
	(précédée de la mention « lu et	approuve »)				
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).