

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard

● Bienvenue à l'Hôpital Privé Armand Brillard





Vous allez être hospitalisé(e) au sein de notre établissement.

Afin de faciliter votre parcours de soins et de vous informer le mieux possible sur votre prise en charge, nous mettons à votre disposition ce passeport qui comporte des documents à lire et à compléter :

À LIRE

- L'information sur l'anesthésie (n°1)
- Les informations nécessaires à votre prise en charge en hospitalisation (n°2)
- L'information sur la douleur (livret)
- Le livret d'accueil et quelques informations pratiques

À COMPLÉTER

-  Le questionnaire pré-anesthésique est à compléter avant votre consultation d'anesthésie (n°3) à signer
-  L'information et le consentement d'anesthésie (n°4) à signer
-  L'information et le consentement d'intervention chirurgicale et d'anesthésie (n°5) à signer
-  La désignation de la personne de confiance (n°6) à signer



Avant de partir, vous pouvez nous faire part de vos remarques et suggestions en remplissant notre questionnaire de satisfaction.

Mieux informer pour mieux soigner

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard


Service Anesthésie – Réanimation

Information sur votre consultation pré-anesthésique en 5 points

1. Prendre rendez-vous pour la consultation au **minimum 2 jours avant l'intervention** par téléphone ou au secrétariat au 1^{er} étage.

 01.43.94.80.21

 **Les patients mineurs** doivent obligatoirement être accompagnés par au moins un parent (mère ou père).

 **Les patients sous anticoagulants** (fluidifiant du sang, Plavix®, Clopidrogel®, Aspegic®, Kardegic®, Apirine®, Previscan®, Coumadine®, Sintrom®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Brilique®,...) doivent prendre rendez-vous pour la consultation au **minimum 7 jours avant l'intervention**.

2. Faire la pré-admission avant la consultation

L'inscription administrative s'effectue au rez-de-chaussée

Elle se fait à partir de la Fiche Médicale d'Admission établie par le chirurgien/médecin

3. Apporter votre dossier administratif qui comprend :

- La Fiche Médicale d'Admission
- La carte vitale de sécurité sociale

4. Apporter votre dossier médical qui comprend :

- Les ordonnances de tous vos traitements habituels
- Le dossier cardiologique (courrier du cardiologue, épreuve d'effort, électrocardiogramme, échographie cardiaque, échographie des artères, Holter cardiaque, Coronographie,...)
- Tout autre document relatif à une maladie chronique (respiratoire, hématologique,...)
- Les résultats de prise de sang de moins d'un an
- Votre carte de groupe sanguin

5. Prendre connaissance des modalités de règlement de la consultation

- Notre consultation spécialisée est payante, elle sera transmise à la sécurité sociale-mutuelle à l'aide la carte vitale

- Le règlement s'effectue le jour même de la consultation par chèque ou espèces.

La carte bleue n'est pas acceptée

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard

○ Informations nécessaires à votre prise en charge en hospitalisation

Vous allez être pris en charge par notre équipe pluridisciplinaire en vue de votre intervention chirurgicale. Voici quelques informations qui faciliteront votre séjour au sein de notre établissement.

Avant votre arrivée à HPAB :

Pensez à :

- Lire et signer tous les documents obligatoires (présents dans ce livret)
- Apporter vos résultats d'examens complémentaires (bilan sanguin, radios, scanner, IRM, échographie)
- Laisser vos objets de valeur à votre domicile
- Retirer vos bijoux et piercings (alliance comprise)
- Coupez vos ongles, enlever le vernis et faux ongles
- Ne pas se maquiller
- Apporter votre carte de groupe sanguin
- Apporter l'ordonnance de votre traitement personnel ainsi que vos médicaments pour 48h
- Apporter votre appareil pour l'apnée du sommeil et/ou bas de contention, gaines, attelle,... (si concerné)

Si vous arrivez le matin de votre intervention, vous devrez effectuer vos soins d'hygiène préopératoire à domicile avant votre arrivée.

Voici les étapes nécessaires à votre préparation :

1. Réaliser une douche préopératoire (la veille et le jour même de l'intervention), cheveux compris, avec un savon doux ou antiseptique (si prescrit par votre médecin). Ne pas utiliser de gant de toilette et respecter l'ordre suivant :
 - Laver les cheveux
 - Laver le corps en faisant mousser et en commençant par le haut et en terminant par le bas
 - Insister sur les aisselles, le nombril, les régions génitales, anales et les pieds.
 - Rincer abondamment

2. Brossez-vous les dents minutieusement
3. Respecter le jeûne selon les recommandations de votre médecin

Avant le départ pour le bloc opératoire, pensez à retirer :

- Bijoux
- Prothèses dentaires et capillaires
- Lunettes et lentilles
- Sous-vêtements



Au cours de votre hospitalisation

Toutes les informations sur votre état de santé vous seront transmises par le praticien et l'équipe paramédicale.

Votre entourage pourra vous visiter tous les jours de 13h à 20h.



Pour votre sortie

La date et l'heure de sortie vous seront communiquées par l'équipe soignante. Un membre de l'équipe vous remettra tous les documents nécessaires (ordonnance, examens complémentaires, traitement personnel, date de votre prochain rendez-vous.)

Merci de remplir votre questionnaire de satisfaction et de le déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

Vous pouvez joindre :

Les services de Chirurgie :

- **1^{er} étage : 01.43.94.81.15**
- **3^{ème} étage : 01.43.94.80.03**

La cadre du service de chirurgie : 01.43.94.81.68

À COMPLÉTER

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard

Questionnaire Pré-Anesthésique

Nom : Date de Naissance : / /

Prénom(s) : Taille: cm Poids : kg

COHER LES CASES VOUS CONCERNANT

<input type="checkbox"/> Oui, J'ai été opéré ou eu une anesthésie	<input type="checkbox"/> Non, Je n'ai jamais été opéré ou eu d'anesthésie
<p>OPERATION-EXAMEN DIGESTIF</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Appendicite <input type="checkbox"/> Appendicite compliqué de péritonite <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Hernie inguinale/crurale <input type="checkbox"/> Hernie ombilicale <input type="checkbox"/> Fibroscopie/examen estomac <input type="checkbox"/> Coloscopie/examen colon <input type="checkbox"/> Colectomie/opération du colon <p>OPERATION CŒUR-ARTERES –VEINES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coronarographie /Stent, Date : <input type="checkbox"/> Pontage coronarien, Date : <input type="checkbox"/> Remplacement valve aortique, Date : <input type="checkbox"/> Remplacement valve mitrale Date : <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque/Pace maker <input type="checkbox"/> Stent ou Pontage artères des jambes <input type="checkbox"/> Opération carotide, cote..... <input type="checkbox"/> Varices/ Veines des jambes 	<p>OPERATION GORGE COU DENTAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amygdales et/ou végétations <input type="checkbox"/> Yoyo/aérateurs <input type="checkbox"/> Dents de sagesse anesthésie générale <input type="checkbox"/> Thyroïdectomie <p>OPERATION DES OS& ARTICULATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arthroscopie du genou/ ménisque <input type="checkbox"/> Fracture <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Canal carpien <input type="checkbox"/> Plaie de la main <input type="checkbox"/> Ligamentoplastie du genou <input type="checkbox"/> Prothèse de hanche <input type="checkbox"/> Fracture du col fémur <input type="checkbox"/> Hernie discale/ opération du dos <p>AVEZ-VOUS DEJA ETE TRANSFUSE(E) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>OPERATION GYNECOLOGIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coronarographie/examen utérus <input type="checkbox"/> Conisation/opération col utérus <input type="checkbox"/> Fausses couches/curetage <input type="checkbox"/> Interruption de grossesse –IVG <input type="checkbox"/> Hystérectomie/ ablation de l'utérus <input type="checkbox"/> Cœlioscopie Gynécologique <input type="checkbox"/> Tumeur bénigne du sein <input type="checkbox"/> Cancer du sein, cote? 	<p>COMPLICATION DE L'ANESTHESIE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nausée/Vomissement <input type="checkbox"/> Autres complications <p>AUTRES OPERATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤

Grossesses précédentes ou actuelle ?

- Je n'ai jamais accouché
- Je suis actuellement enceinte
- Date de terme grossesse en cours :
- Nombre d'accouchement :
- Nombre de césarienne :

- Péridurale/Rachi anesthésie antérieure
- Hypertension artériel grossesse
- Diabète grossesse
- Hémorragie délivrance/accouchement

Oui, j'ai des allergies

Non, je n'ai pas d'allergie

- Pénicilline/Clamoxyl/Augmentin
- Bactrim/sulfamides
- Autre antibiotique
- Aspirine
- Anti inflammatoires

- Asthme
- Rhinite/Conjonctivite allergique
- Urticaire
- Œdème de Quinck
- Autres allergies ou intolérances graves

Oui : je souffre de problèmes de sante ou de maladies

Non, je n'ai pas de problèmes significatifs de sante

MALADIE DU CŒUR

- Hypertension artérielle
- Cholestérol
- Infarctus du myocarde
- Stent des artères du cœur
- Palpitations/extrasystole
- Arythmie/cœur irrégulier/ACFA
- Stimulateur cardiaque/Pace maker/pile

MALADIE HORMONALES

- Diabète soigne par comprimé
- Diabète sous insuline
- Hypothyroïdie
- Hyper thyroïdie

MALADIE DES POUMONS/TABAC

- Je fume :/Jours Je Vapote
- Asthme
- Apnée du sommeil
- Maladie respiratoire chronique

MALADIE DE L'ESTOMAC

- Ulcère gastrique
- Reflux astro œsophagien

MALADIE UROLOGIQUE

- Adénome de la prostate
- Infection urinaire
- Calcul rein

MALADIE DES ARTERES/VEINES

- Artères jambes bouchées
- Artères du cou bouché
- Varices/insuffisances veineuse
- Phlébite/veine jambes bouchées, Date.....
- Embolie pulmonaire, Date...

MALADIE ET INFECTION DU SANG

- Hépatite B ou C Sérologie HIV+
- Tendance aux saignements/maladie de la coagulation :
- Maladies du sang

MALADIES DU CERVEAU

- Accident vasculaire cérébrale/AVC
- Date Séquelles ?
- Accident ischémique transitoire/ AIT, Date

MALADIE HEREDITAIRE/FAMILIALES

AUTRES MALADIES

Oui, j'ai des problèmes dentaires

Non, Je n'ai pas de problèmes dentaires

- Prothèse amovible : Haut Bas
- Bridge/ appareil fixe :
 - Dents de devant dents sur le cotés
- Pivot/implant/Facette/couronne
- Dents de devant dents sur le cotés

- Dents fragiles/qui bougent
 - Dents de devant dents sur le cotés
- Bagues contention
- Fil dentaire

Oui, j'ai un traitement habituel

Non, je n'ai pas de traitement régulier

- Je prépare l'ordonnance de mes traitements
- J'ai oublié d'apporter mon ordonnance ! Je prends :

Date :

 Signature du patient :

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé
Armand Brillard

○ Service Anesthésie – Réanimation

DR JR. ALLAIN – DR JD. BAROUCK – DR S. BENLOLO – DR N. BOCCHECIAMPE – DR AM. BRIER – DR P. CAYRON – DR M. GAUTRAY – DR A. MENIGAUX – DR U. VOLKEN

Information médicale sur l'anesthésie

Ce document, élaboré par la Société française d'anesthésie et de réanimation, est destiné à vous informer sur l'anesthésie. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Ce document est à rapporter daté et signé le jour de votre hospitalisation.

1. Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie :

- **L'anesthésie générale (AG)** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques ;

- **L'anesthésie locorégionale (ALR)** permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'ALR, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

Une AG peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'ALR. Toute anesthésie, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique. La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur. Au cours de cette consultation, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Ainsi, nous vous demandons d'apporter en consultation vos dernières ordonnances de médicaments délivrés par votre médecin traitant et les résultats des derniers examens que vous avez pu réaliser. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

2. Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

3. Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

4. Quels sont les inconvénients à l'anesthésie générale ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention. Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toutes fragilités dentaires particulières. La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Après une AG, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

5. Quels sont les inconvénients aux anesthésies locorégionales ?

Toute ALR peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une AG. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une AG.

Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de vision. Des douleurs au niveau du point de ponction, dans le dos, sont également possibles.

Il existe des risques spécifiques aux autres ALR. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'œil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire, peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.

En fonction des médicaments associés, des nausées des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Toutes les techniques d'ALR peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

6. Informations diverses

Une transfusion sanguine peut s'avérer nécessaire au cours de votre intervention et/ou de votre hospitalisation (cf. document spécifique).

Vous ne devez prendre aucun médicament autre que votre traitement habituel jusqu'au jour de votre intervention, sans en avertir au préalable votre chirurgien et/ou votre anesthésiste. Vous devez également informer votre chirurgien et/ou votre anesthésiste de toute modification de votre état santé (fièvre, bronchite, infection ...) avant l'intervention. Celle-ci pourra être reportée en fonction des risques encourus.

7. Consentement pour la procédure anesthésique

Je, soussigné (nom) (Prénom), affirme, qu'au cours de la consultation d'anesthésie du / / 20..... :

- avoir été informé(e) des bénéfices et des risques de l'anesthésie,
- avoir été informé(e) de la nécessité absolue de rester à jeun durant les 6 heures précédant l'acte anesthésique (ni nourriture, ni boissons, ni eau, ni cigarettes, ni chewing-gum),
- avoir pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir bien compris les réponses fournies,
- accepter les modifications des techniques anesthésiques jugées utiles par le médecin anesthésiste réanimateur qui me prendra en charge le jour de l'intervention,
- donner mon accord pour la transfusion de produits sanguins labiles si mon état de santé le nécessite.

- J'ai été informé du mode d'hospitalisation :

- En ambulatoire
- En hospitalisation
- Le livret douleur vous a été remis

Date :



Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Hôpital privé
Armand Brillard
3/5 avenue Watteau
94130 NOGENT-sur-MARNE
Tél. : 01 43 94 80 21
Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard

○ Attestation de consentement éclairé pour une intervention chirurgicale et anesthésique

Ambulatoire

Hospitalisation

Madame, Monsieur,

Vous avez été informé(e) sur votre état de santé et sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans votre cas. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements vous concernant.

Au cours de la consultation avec le Docteur _____, il a été convenu que je devrai être hospitalisé(e) dans votre établissement.

Ce médecin m'a donné des informations précises sur mon état de santé. Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

En conséquence de quoi ⁽¹⁾ :

- 1) J'autorise mon médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection que je présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.
- 2) Je comprends que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise mon médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

- 3) J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine.
- 4) J'autorise le transfert que nécessiterait mon état de santé, dans un autre établissement.
- 5) En cas de chirurgie orthopédique et si une pose de prothèse est prévue, je donne mandat à votre établissement pour acquérir, pour mon compte auprès des laboratoires, tout matériel implantable prescrit par le chirurgien et médecin, indispensable à l'intervention chirurgicale envisagée.

(1) *Rayer le paragraphe pour lequel vous n'entendez pas donner votre autorisation.*

Mieux informer pour mieux soigner

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document.

Fait le : / / à :

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Signature du patient :

Ce document doit être impérativement signé par le patient et remis à l'établissement, au plus tard le jour de son hospitalisation.

Extrait de l'article L.1111-4 al.3 du Code de la santé publique
« *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.* »

À COMPLÉTER

Hôpital privé
 Armand Brillard
 3/5 avenue Watteau
 94130 NOGENT-sur-MARNE
 Tél. : 01 43 94 80 21
 Fax : 01 43 94 80 71

Hôpital privé Armand Brillard

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS –Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le : À :

Désigne une personne de confiance :

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :	Adresse :
Nom de jeune fille :
Prénom :	Fax :
Téléphone(s) :	e-mail :

Cette personne de confiance est :

<input type="checkbox"/> Un proche	<input type="checkbox"/> Un parent	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant
majeure :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON


Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :


<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. ; En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée.
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens

Fait le : / / à :

 **Signature du patient :**

 **Signature de la personne de confiance :**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin N°1 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms:

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

Témoin N°2 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms:

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

A remplir par l'équipe soignante : le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée

Nom du soignant : Fait le : .../.../..... Signature :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / à :

Signature :