

La personne de confiance

Lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Pourquoi désigner une personne de confiance ?

La personne de confiance pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé.

Si vous n'êtes plus **en état d'exprimer votre volonté**, elle sera consultée en priorité pour le faire : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte parole.

Quel est son rôle ?

1\ Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais elle ne vous remplace pas.
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence ou avec votre accord.
- Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir ou concernant vos directives anticipées. Elle n'a pas le droit de le révéler à d'autres personnes.

2\ Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :

- La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.
- Elle sera le porte-parole de vos souhaits et de votre volonté. Elle n'exprime pas ses propres souhaits. Son témoignage l'emporte sur tout autre témoignage (membres de la famille, proche...).

En pratique :

- **Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.** Ce n'est pas une obligation.
- **La désignation se fait par écrit**, avec l'identité et les coordonnées de la personne de confiance. Elle doit cosigner cette désignation (formulaire au verso).
- **Vous désignez cette personne pour la durée de votre séjour.** C'est révoquant à tout moment.
- Vous devez donner cette fiche remplie aux professionnels de santé, elle sera **intégrée dans votre dossier médical**.
- La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir et sa mission ne concerne que votre santé.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e),

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Je souhaite désigner une personne de confiance

Je nomme en personne de confiance la personne ci dessous, j'ai pris note de ses missions et je m'engage à l'informer de cette désignation :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone(s) : | | | | | | | | |

Signature du patient :

Date : / /

Signature de la personne de confiance :

Date : / /

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Signature du patient :

Date : / /

Le patient n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance (exemple : inconscience, grande confusion,...)

Signature du soignant (témoin 1) :

Date : / /

Signature du soignant (témoin 2) :

Date : / /

Information patient DMI

Au cours de votre intervention chirurgicale, vous allez bénéficier de la pose d'un Dispositif Médical Implantable appelé **DMI.**

Le **DMI** correspond à tout dispositif destiné :

- À être **implanté** en totalité dans le corps humain, ou
- À **remplacer** une surface épithéliale ou la surface de l'œil, grâce à une intervention chirurgicale et à demeurer en place après l'intervention.

Est également considéré comme dispositif implantable tout dispositif destiné à être introduit partiellement dans le corps humain par une intervention chirurgicale et qui est destiné à demeurer en place après l'intervention pendant une période d'au moins trente jours.

Exemples de DMI :

- Prothèse de hanche
- Implant intraoculaire
- Implant dentaire
- Chambre implantable
- Prothèse vasculaire...

A cet effet, un document permettant la traçabilité des DMI vous sera remis lors de votre sortie, ce document sera à conserver précieusement.



Je soussigné(e)

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom : né(e) le : / /

Reconnais avoir pris connaissance de ces informations.

À le : / /

Signature du patient :

Renseignements ADMISSION

Dossier médical

Etiquette patient

Le patient vit-il seul ?

OUI NON

Directives anticipées

Je suis informé(e) de la possibilité de rédiger mes directives anticipées :

OUI NON

• Je désire formuler mes directives anticipées :

→ Si OUI un formulaire est à votre disposition

OUI NON

Consentement DMP « Mon espace santé »

• J'autorise l'établissement à alimenter mon DMP

OUI NON

• J'autorise l'établissement à consulter mon DMP

OUI NON

Fait à Saint-Dizier

le :

Signature :

Hospitalisation AMBULATOIRE

Fiche de renseignements administratifs

A compléter et à remettre au bureau des entrées de la clinique, le jour de la consultation auprès de l'anesthésiste avec vos cartes de sécurité sociale, mutuelle et pièce d'identité.

Patient

Nom : Nom de naissance :

Prénom : né(e) le: / / à

Adresse :

Téléphone(s) :

Courriel :@.....

Pour information, vous recevrez 2 semaines après votre sortie, un mail, envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé vous permettant de vous connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Médecin traitant :

Personne à prévenir : Tél :

Assuré (si différent)

Nom de naissance :

Prénom : né(e) le: / / à

Adresse :

Fiche de pré-admission AMBULATOIRE

Hôtellerie & Services

Tarifs au
1^{er} février 2024

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Hospitalisation AMBULATOIRE	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE	FORFAIT AMBULATOIRE
• Espace Privatif, calme et intime	✓	-
• Collation Gourmande	✓	✓
• Trousse Ambulatoire	✓	✓
• Forfait administratif	✓	✓
TARIFS* / SÉJOUR	100 €	40 €
VOTRE CHOIX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} février 2024.

Le forfait administratif

Je choisis cependant l'option de bénéficier du Forfait Administratif d'un montant de 10€ TTC/séjour.

En contrepartie des démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ou en aval de votre séjour dans l'établissement: par exemple, avant votre admission, pour une mise en relation directe avec votre organisme complémentaire pour connaître vos garanties et les conditions de prise en charge.

Participations liées à votre hospitalisation

Montant à régler suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

PARTICIPATION FORFAITAIRE (pour tout acte égal ou supérieur à 120€).
Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.
Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.

24€ / séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du patient :

Fait à Le

Hospitalisation complète

Fiche de renseignements administratifs

A compléter et à remettre au bureau des entrées de la clinique, le jour de la consultation auprès de l'anesthésiste avec **vos cartes de sécurité sociale, mutuelle et pièce d'identité.**

Patient

Nom : Nom de naissance :

Prénom : né(e) le: / / à

Adresse :

Téléphone(s) :

Courriel :@.....

Pour information, vous recevrez 2 semaines après votre sortie, un mail, envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé vous permettant de vous connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Médecin traitant :

Personne à prévenir : Tél :

Assuré (si différent)

Nom de naissance :

Prénom : né(e) le: / / à

Adresse :

Fiche de pré-admission HOSPITALISATION

Hôtellerie & Services

Tarifs au
1^{er} février 2024

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

Hospitalisation complète	CHAMBRE PARTICULIÈRE HOSPITALISATION	CHAMBRE PARTICULIÈRE +
• Espace Privatif, calme et intime	✓	✓
• Collation Gourmande	✓	✓
• Trousse Ambulatoire	✓	✓
• Forfait administratif	-	✓
TARIFS* / SÉJOUR	100 €	110 €
VOTRE CHOIX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} février 2024.

Le forfait administratif

Je choisis cependant l'option de bénéficier du Forfait Administratif d'un montant de 10€ TTC/séjour.

En contrepartie des démarches de coordination pour faciliter votre parcours de soins, effectuées par la clinique, en amont et/ou en aval de votre séjour dans l'établissement: par exemple, avant votre admission, pour une mise en relation directe avec votre organisme complémentaire pour connaître vos garanties et les conditions de prise en charge.

Participations liées à votre hospitalisation

Montant à régler suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

PARTICIPATION FORFAITAIRE (pour tout acte égal ou supérieur à 120€).
Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.
Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.

24€ / séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du patient :

Fait à Le

Directives anticipées

Loi n°2016/87 du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique.

Que dit la loi ?

Les directives anticipées **«sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer, après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave»**. Même si envisager à l'avance cette situation est toujours difficile, voire angoissant, il est important d'y réfléchir. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est à dire de **poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux, d'éviter une obstination déraisonnable**.

Quand rédiger ses directives anticipées ?

Les directives anticipées peuvent être rédigées à tout moment de votre vie. Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches, afin d'exprimer vos souhaits sur la réanimation, certains traitements ou actes médicaux, sur le maintien artificiel de vos fonctions vitales.

- **Vous êtes en bonne santé** et vous pouvez avoir un accident ou un événement aigu, qui évolue vers une incapacité majeure de communication qui se prolonge
- **Vous êtes atteint d'une affection grave et incurable** et dont le pronostic vital est engagé à court terme avec présence d'une souffrance réfractaire aux traitements
- **Vous êtes à la fin de votre vie** (grand âge avec de nombreuses maladies..) et un événement aigu survient, aggravant durablement la situation et pouvant entraîner le décès.

Comment rédiger vos directives anticipées ?

- **Les directives anticipées doivent être rédigées de votre main.**
- **Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire quelqu'un peut le faire pour vous, avec deux personnes désignées comme témoin.**

Votre médecin peut vous aider afin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leur efficacité et leurs risques. Vous pouvez accompagner votre document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

Comment seront utilisées vos directives anticipées ?

Selon la loi « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »

Comment modifier vos directives anticipées ?

Vous pouvez modifier ou annuler vos directives anticipées à tout moment. Il est important d'en informer les professionnels de santé afin d'avoir en notre possession vos dernières décisions.

En pratique

- **Toute personne majeure peut les rédiger, mais ce n'est pas une obligation.**
- Elles sont valables sans limite de temps et vous pouvez **les modifier ou les annuler**.
- C'est également l'occasion de **désigner votre personne de confiance** (personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer) : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées.
- Il est important **d'informer votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation**, afin qu'elles soient facilement accessibles.
- Dans tous les cas, **vos souffrance sera traitée et apaisée**. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

Rédigez vos directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

né(e) le : / / À

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour la cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

○ **Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cochez vos choix) :**

→ Respiration artificielle (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
○ Intubation / trachéotomie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
○ Ventilation par masque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Réanimation cardio-respiratoire (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Alimentation artificielle (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineuse)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Hydratation artificielle (par une sonde placée dans le tube digestif)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Hydratation artificielle (par perfusion)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Rein artificiel (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Transfert en réanimation (si mon état le requiert)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Radiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Chimiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
→ Examen diagnostique lourd et/ou douloureux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

○ **Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégé ma vie.** OUI NON Ne sait pas

○ **Autres souhaits en texte libre :**

.....

.....

.....

Fait à

Signature du patient :

le : / /