

ADMISSION A LA POLYCLINIQUE DE KERIO

Document à compléter et à remettre impérativement le jour de l'admission

à l'accueil de la Polyclinique de Kério ou par mail à l'adresse suivante : accueilpdk@vivalto-sante.com ou au personnel soignant en cas d'entrée en urgence

Je soussigné(e)(nom, prénom):
Date et lieu de naissance :
Adresse :
TEL : Mail :
ENTRANT A LA POLYCLINIQUE DE KERIO LE :/...../20.....

1° LIVRET D'ACCUEIL

Je reconnais avoir bien reçu le livret d'accueil / passeport ambulatoire de la clinique décrivant son fonctionnement et les tarifs.

2° AUTORISATIONS

L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. 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 ».

J'autorise



- Le docteur....., ainsi que le cas échéant, le médecin anesthésiste, à pratiquer l'intervention chirurgicale ou médicale, et/ou les examens et traitements nécessités par mon état de santé et à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.
- La Polyclinique de Kério à commander et régler, le cas échéant, tout équipement et prothèse, sang et produits dérivés nécessaires aux soins prodigués.

3° PERSONNE DE CONFIANCE / PERSONNE A PREVENIR

Art L.1111-6 de la Loi du 4 mars 2002 (cette personne peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions)

Je désigne comme Personne de confiance

Nom : Prénom :

 Domicile :  Portable :

Nature de la relation (conjoint(e), médecin, ami(e), etc.).....

Je ne souhaite pas désigner de Personne de confiance

La personne à prévenir est identique à la personne de confiance

La personne à prévenir est différente de la personne de confiance :

Nom..... Prénom..... 

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Le

Signature

4° DIRECTIVES ANTICIPEES (souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où vous ne seriez pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer votre volonté)

J'ai rédigé mes directives anticipées, je les transmets à l'équipe soignante lors de mon admission

Je souhaite rédiger des directives anticipées. Une guide pour leur rédaction est à votre disposition à l'accueil et dans les services de soins, demandez-le aux équipes

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

Fait à :

Le:/...../20.....

SIGNATURE :

A remplir le verso →

Document à compléter et à remettre impérativement le jour de l'admission

à l'accueil de la Polyclinique de Kério ou par mail à l'adresse suivante : accueilpdk@vivalto-sante.com ou au personnel soignant en cas d'entrée en urgence

AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT Patient mineur ou patient majeur sous tutelle

L'article 42 du code de déontologie précise les obligations des médecins à l'égard d'un patient mineur ou majeur protégé.

_ L'intérêt thérapeutique est toujours supérieur à l'intérêt privé (consentement) - Le médecin doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement - En cas d'urgence, s'ils ne peuvent être joints, il doit donner les soins nécessaires.

Document concernant l'enfant (Nom, Prénom) :
ou le majeur sous tutelle



Né(e) le : / /



Merci d'apporter le livret de famille le jour de l'hospitalisation de l'enfant.



1° AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE

Dans le cadre d'une hospitalisation d'un mineur, l'autorisation des **deux détenteurs de l'autorité parentale est requise.**

Je soussigné, certifie être représentant légal de l'enfant (ou majeur sous tutelle) désigné ci-dessus, autorise l'équipe médico-chirurgicale de la Polyclinique de Kério à l'opérer et anesthésier et à pratiquer les actes liés à son intervention et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père
Nom :
Prénom :
 domicile :
 portable :
Mail :
Date : ... / ... /
Signature :

Mère
Nom :
Prénom :
 domicile :
 portable :
Mail :
Date : ... / ... /
Signature :

Tuteur
Nom :
Prénom :
 domicile :
 portable :
Mail :
Date : ... / ... /
Signature :

L'article 372-2 du code civil apporte les précisions suivantes :

_ Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux. - L'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés ou vivant en commun. - Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne d'un enfant. (acte médical bénin)

En cas d'intervention médicale grave le consentement des deux parents est requis.

_ En cas de désaccord entre les parents, le médecin doit saisir le juge des affaires familiales ou en cas d'urgence Mr le procureur de la république.

_ Pour les adultes sous tutelle il faut obtenir le consentement direct (le faire signer) et le consentement du tuteur légal.

2° CONSENTEMENT DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE OU MINEUR apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision

L'article L 1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précise « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »

Je soussigné Nom : Prénom :

Né(e) le : / /

Certifie avoir été suffisamment informé des avantages mais aussi des risques de l'intervention proposée.

J'autorise le docteur.....ou un autre spécialiste de la Polyclinique de Kério à m'opérer, à m'anesthésier et à pratiquer les actes liés à l'intervention. Date : / / Signature :



3° AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR à l'autorité parentale à la sortie de l'hospitalisation

Nous soussignons représentants légaux de l'enfant désigné sur le présent document Certifions qu'à sa sortie de la Polyclinique de Kério, l'enfant peut être remis à l'un de nous deux ou à un tiers désigné ci-dessous (**sa pièce d'identité** lui sera demandée pour la restitution).

En l'absence de signatures, la présence des deux parents peut être requise dans certains cas.

Père
Le : ... / ... /
Signature :

Mère
Le : ... / ... /
Signature :

Tiers
Nom : Prénom :
 domicile :
 portable :

A remplir au recto →