

Renseignements administratifs

BÉNÉFICIAIRES DES SOINS (informations issues de votre carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ Pays : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____

Médecin traitant (nom et adresse postale) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail¹ : _____

Prise en charge dans le cadre d'un accident du travail : ☐ OUI ☐ NON

Prise en charge de la CMU : ☐ OUI ☐ NON

L'établissement vous informe que les documents produits au décours de votre prise en charge seront transmis dans votre Espace Santé. Si vous souhaitez vous y opposer, merci de le mentionner ci-après : _____

ASSURÉ (si différent du bénéficiaire des soins)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ Pays : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____

Médecin traitant (nom et adresse postale) : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail¹ : _____

¹ La collecte de votre adresse mail a pour but principal le recueil de votre expérience à tous les stades de votre séjour. Si vous ne souhaitez pas recevoir le questionnaire national e-Satis, nous vous remercions de l'indiquer lors de votre admission.

La personne à prévenir

La personne à prévenir est habilitée à recevoir des informations notamment liées à votre hébergement et est informée en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu.

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté, sa voix ne l'emportera pas sur la voix de vos autres proches. Elle ne pourra pas recevoir d'informations confidentielles vous concernant.

☐

La personne à prévenir est la même que la personne de confiance

☐

La personne à prévenir est différente de la personne de confiance. Je souhaite désigner en qualité de personne à prévenir :

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Téléphone portable : _____

Directives anticipées

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent les souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical.

La rédaction est volontaire et non obligatoire. Elle repose sur une réflexion et doit être la plus précise possible. Les professionnels de l'établissement se tiennent à votre disposition pour vous accompagner et répondre à vos interrogations.

En fonction de votre situation et de votre vécu, vous pouvez être amené à vous interroger et à vous exprimer avec l'aide des professionnels de santé sur vos préférences en lien avec les soins relatifs à votre fin de vie.

Par exemple, vous pouvez aborder avec votre médecin traitant, ou l'équipe médicale vous prenant en charge, les traitements en cours et/ou les traitements qui pourraient vous être proposés :

- maintien ou refus de certains traitements
- maintien ou refus de l'intervention chirurgicale
- maintien ou refus de l'alimentation et l'hydratation artificielles
- maintien ou refus des mesures de réanimation (dont intubation, trachéotomie)
- choix de la sédation profonde et continue jusqu'au décès (voir encadré ci-après)
- etc.

> SOUHAITEZ-VOUS RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

☐

J'ai pris connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées et ne souhaite pas en rédiger

☐

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

☐

J'ai rédigé mes directives anticipées et les ai remises à la personne de mon choix