Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch
99 avenue Saint-Roch – 83000 TOULON
Tél : 04 94 18 89 00 - 04 94 18 89 23 - hpth-saint-roch.fr

Livret d'Information Patient

Avant un acte sans anesthésie ou sous anesthésie locale

ÉLÉMENT DU DOSSIER MEDICAL

Informations et autorisations réglementaires

Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.
Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles. Pour cela, votre participation est primordiale.
Vous trouverez également inclus au livret d'accueil qui vous sera remis lors de votre admission, un document détaillé relatif aux modalités de lutte contre la douleur.

En vue de votre admission, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **Vos ordonnances et vos médicaments en cours si vous suivez un traitement**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)…
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

En plus des documents ci-dessus, **pour un PATIENT MINEUR, il est obligatoire de présenter les documents suivants :**

- **La carte d'identité ou le passeport en cours de validité du ou des titulaires de l'autorité parentale**
- **Le livret de famille**
- Le carnet de santé et de vaccination

Consignes générales avant l'acte

Si votre état de santé se modifiait entre votre consultation chez le chirurgien et votre admission (changement de traitement, état fébrile ou infectieux, grossesse), prévenez au plus tôt votre Praticien ou de la Direction des Soins en téléphonant au standard de l'Etablissement (numéro de téléphone en page de garde du présent livret).
Pensez à retirer vos verres ou lentilles de contact ; si vous portez une prothèse dentaire, munissez-vous d'une boîte de rangement, car vous devrez retirer votre prothèse avant la réalisation de l'acte.
Présentez-vous sans maquillage, sans vernis à ongles ni faux ongles, sans bijoux ni piercings.
Malgré la simplicité de l'examen ou de l'acte réalisé, une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue.
Toutes ces mesures sont prévues pour votre confort, mais aussi pour votre sécurité. Elles sont indispensables et doivent donc être scrupuleusement respectées.

Identification du patient

Nom de naissance .....

Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Profession .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Tél ..... Portable .....

Adresse mail .....

Cadre réservé à l'Etablissement

Etiquette Patient

Consentement éclairé du patient

Docteur, suite aux informations données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36) c'est bien volontiers que :

Je vous confirme que vous m'avez exposé les risques inhérents à tout acte s'effectuant sans anesthésie ou sous anesthésie locale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

J'atteste que vous m'avez informé(e) des risques particuliers liés à l'acte prévu :

Acte envisagé : .....
.....
.....

Date prévisionnelle de l'acte : .....

Fait à ..... Le .....

Nom et signature du Praticien responsable du patient

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

Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)

(à remplir avec le praticien lors de la consultation)

Vous allez entrer à l'Hôpital pour y subir un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.
Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible) dans le cadre de l'Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005, nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. **Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections *d'hormone de croissance d'origine humaine* ?** oui ☐ non ☐
2. **Avez-vous subi une *intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ?*** oui ☐ non ☐
3. **Un membre de votre famille génétique a-t-il été *atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible* liée à une mutation codant la PrP ?** oui ☐ non ☐
4. **Avez-vous été identifié *comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnus a posteriori comme atteints de la variante-MCJ* ?** **oui ☐*** non☐

***Si oui, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC**

Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date, nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

---

P a r t i e r é s e r v é e a u p r a t i c i e n

Le patient présente-t-il après élimination des autres causes possibles, un signe neurologique d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique *(Myoclonies, troubles visuels ou cérébelleux ou pyramidaux ou extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique)* associé à des troubles intellectuels *(démence, ralentissement psychomoteur)* ou psychiatriques (*dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire).*

Si le patient présente une suspicion d'EST, il faut revoir l'indication de l'acte et demander au préalable un examen neuropathologique et si la conclusion est positive en faveur d'une suspicion, il faut appliquer les modalités de traitement recommandées dans l'Instruction N°449.

Selon le processus déclaratif du patient et l'examen clinique, veuillez cocher la case qui correspond au niveau où se répertorie le patient :

PNSNA ☐

Patients Ni Suspects Ni Atteints
regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

PSA ☐

Patients Suspects ou Atteints
Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

Nom et signature du praticien responsable du patient

Autorisations

Je, soussigné(e), autorise : l'acte, les soins et traitements adéquats ainsi que les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité.

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

Cas particuliers du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

Je, soussigné(e),

père[1], *(nom et prénom à préciser)* .....

mère[1], *(nom et prénom à préciser)* .....

tuteur[1], *(nom et prénom à préciser)* .....

de l'enfant ou du majeur sous tutelle *(nom de naissance et prénom du patient à préciser)* .....

né(e) le ..... à .....

autorise le Docteur *(nom et prénom du médecin à préciser)* .....

à effectuer l'acte et apporter tous les soins et traitements nécessaires à l'état de santé de cet enfant (ou ce majeur sous tutelle).

Signature : père et mère ou tuteur[1] de l'enfant ou du majeur sous mesure de protection

(1) **La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe** (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).
Rayer les mentions inutiles.

Personnes à prévenir

J'autorise l'Etablissement à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom :	Nom, prénom : .....
Lien avec le patient :	Lien avec le patient : .....
Tél. :	Tél. : .....
Portable :	Portable : .....

Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé

Je demande ☐ **Je refuse** ☐ que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant :	Nom et prénom du Médecin désigné :
.....	.....
Adresse :	Adresse : .....
.....	.....
Tél. :	Tél. : .....

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

Cadres réservés à l'Etablissement

Contrôle du Livret d'Information Patient

Rubriques complétées et/ou signées :		OUI	NON	Rubriques complétées et/ou signées :		OUI	NON
Identification du patient	(p. 2)	☐	☐	Autorisations du patient	(p. 4)	☐	☐
Consentement éclairé	(p. 2)	☐	☐	Désignation personne à prévenir	(p. 4)	☐	☐
Evaluation risque ATNC	(p. 3)	☐	☐				

Contrôle n°1 : Secrétaires Accueil

NOM : .....
SIGNATURE :

Contrôle n°2 : IDE
(si hospitalisation)

NOM : .....
SIGNATURE :

En cas d'urgence : IDE Bloc

NOM : .....
SIGNATURE :

V.07