

# FICHE N°1 : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM :  
NOM de naissance :  
Prénom :  
Date de naissance :  
IPP :

## IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR OPÉRÉ

Monsieur      Madame      Non-binaire

NOM de naissance (en majuscule) :

NOM usuel (en majuscule) :

Prénom :

Date de naissance :

Email :

Téléphone<sup>(1)</sup> :

Numéro de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle :

N° adhérent :

<sup>(1)</sup> Conformément à la réglementation, nous vous informons que le numéro de téléphone ne sera utilisé que dans le seul cadre du parcours patient.

## IDENTITÉ DES TUTEURS LÉGAUX

|                                                        | Autorité parentale ou représentant légale n°1<br>appelé ci-après « personne n°1 » <sup>(2)</sup>                                                                          |                    |             | Autorité parentale ou représentant légale n°2<br>appelé ci-après « personne n°2 » <sup>(2)</sup> |                    |             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|
| <b>Lien avec le patient</b>                            | Mère<br>Père<br>Tuteur                                                                                                                                                    | Autres, précisez : |             | Mère<br>Père<br>Tuteur                                                                           | Autres, précisez : |             |
| <b>Civilité</b>                                        | Monsieur                                                                                                                                                                  | Madame             | Non-binaire | Monsieur                                                                                         | Madame             | Non-binaire |
| <b>NOM</b>                                             |                                                                                                                                                                           |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
| <b>Prénom</b>                                          |                                                                                                                                                                           |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
| <b>Date de naissance</b>                               |                                                                                                                                                                           |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
| <b>Email</b>                                           |                                                                                                                                                                           |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
| <b>Téléphone</b>                                       |                                                                                                                                                                           |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
| <b>Personne à prévenir</b><br><i>Rôles et missions</i> | La personne à prévenir est contactée au cours du séjour par l'équipe médicale et soignante en cas d'évènement(s) particulier(s) d'ordre organisationnel ou administratif. |                    |             |                                                                                                  |                    |             |
|                                                        | Oui                                                                                                                                                                       |                    | Non         | Oui                                                                                              |                    | Non         |
| <b>Accompagnant le jour de l'intervention</b>          | Personne n°1<br>Personne n°2<br>Autre, précisez (lettre d'autorisation avec accord écrit des tuteurs légaux obligatoire)                                                  |                    |             |                                                                                                  |                    |             |

<sup>(2)</sup> Nous devons vérifier vos identités, merci d'apporter vos cartes d'identités, passeports ou titre de séjour à jour. Sans ces pièces justificatives nous pourrions annuler l'intervention.

## CAS PARTICULIERS

Autorité parentale exercée par un seul parent : La signature de ce seul parent est requise. Il requise. Il appartient à ce parent de justifier qu'il est le seul titulaire de l'autorité parentale (certificat de décès, livret de famille, ...).

Si seul l'un des parents à la garde, merci de venir avec un justificatif du retrait de l'autorité parentale.

Tuteur : La signature du représentant légal est requise.

Il appartient à ce tuteur de justifier qu'il est le tuteur légal du patient (certificat, ...)

## AUTORISATIONS

Afin de limiter les risques liés à votre identification lors de votre prise en charge nous souhaitons **scanner/photocopier le titre d'identité de la personne opérée** dans notre logiciel de dossier patient accessible à tous les professionnels de votre prise en charge, conservé 20 ans.

Afin de permettre l'amélioration continue de nos prises en charge, autorisez-vous l'établissement à réaliser une enquête satisfaction via Merci Docteur et la HAS dans le cadre de l'enquête nationale E-Satis ?

Adresse mail de l'autorité parentale :

| Personne n°1                                     | Personne n°2                                     |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <div>Je suis d'accord</div> <div>Je refuse</div> | <div>Je suis d'accord</div> <div>Je refuse</div> |
| <div>Je suis d'accord</div> <div>Je refuse</div> | <div>Je suis d'accord</div> <div>Je refuse</div> |
|                                                  |                                                  |

Dans le cadre de votre parcours de soin nous collectons vos données personnelles afin de pouvoir coordonner votre prise en charge médicale, soignante et administratives avec les différents acteurs de santé ; dans le respect du code de santé publique et du code de sécurité sociale.

Pour exercer vos droits en lien avec la protection de vos données personnelles vous pouvez vous adresser à [lorem.ipsum@dolor-sit.com](mailto:lorem.ipsum@dolor-sit.com).

<sup>(1)</sup> Pour information, pour se protéger des démarches téléphoniques abusifs, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

## FICHE N°2 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

NOM :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

IPP :

### ACTES MÉDICAUX DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES

**Ce document a pour but de recueillir votre accord pour la réalisation des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques vous concernant.** Il ne constitue en aucun cas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.

**Radiographie et rayons X :** Dans le cadre de votre prise en charge, vous êtes susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants. En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes telles que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que le temps d'exposition aux rayons. Compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée, ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel.

**Pour les femmes enceintes,** des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

Je soussigné \_\_\_\_\_, reconnais avoir reçu de manière simple, loyale et intelligible, de la part des professionnels médicaux, lors des consultations toutes les informations préalables concernant :

**Le risque infectieux** probable lié à une hospitalisation

- Le type d'hospitalisation (**complète ou ambulatoire**).

Si concerné par un acte chirurgical ou anesthésique :

- Les **bénéfices et les risques** de toute intervention chirurgicale, interventionnelle et les risques spécifiques de mon intervention (Hématome, hémorragie, phlébite, embolie pulmonaire, troubles neurologiques, échec de faillite de l'implant (le cas échéant), troubles cardio-respiratoires, décès).
- Les bénéfices et les risques des différents modes d'anesthésie.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de mon intervention, les praticiens peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

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.

|                                                                                                                                            | Oui | Non |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| J'autorise l'équipe médicale et paramédicale à <b>pratiquer les actes diagnostiques ou thérapeutiques</b> qu'ils estimeraient nécessaires. |     |     |
| J'autorise les médecins à faire pratiquer des <b>analyses sanguines</b> .                                                                  |     |     |
| J'accepte d'être <b>hospitalisé(e) en service ambulatoire</b> et rentrer le jour même chez moi accompagné(e)                               |     |     |

Fait à :

Le

Signature précédée de la mention «*lu et approuvé*»

|                         |                        |                        |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Signature patient opéré | Signature personne n°1 | Signature personne n°2 |
|-------------------------|------------------------|------------------------|