



# DOSSIER DE PRE-ADMISSION

## PATIENT MINEUR ET MAJEUR PROTEGE



1. Prenez rdv pour votre consultation de pré-anesthésie au 0596 39 02 14 ou sur **CLIKODOC**  
*Votre rdv de consultation de pré-anesthésie doit avoir lieu au minimum 48h avant votre intervention.*



2. Renseignez votre dossier de pré-admission et ajoutez dans l'enveloppe les pièces justificatives demandées.



3. Déposez votre dossier de pré-admission auprès d'une secrétaire de l'Accueil général de la Clinique pour contrôle et règlement.



**Vous devez obligatoirement déposer votre dossier de pré-admission complété ainsi que les pièces justificatives demandées :**

**Au plus vite, et au plus tard dans les 48h suivant votre consultation avec le chirurgien.**

Horaires d'ouverture:

- Du lundi au vendredi de 07h à 17h45
- Le samedi de 07h à 12h
- Le dimanche de 09h à 12h



4. Rendez vous à votre consultation de pré-anesthésie avec les pièces demandées par l'anesthésiste.

## POUR LA CLINIQUE SAINT PAUL



### INSERER DANS CETTE ENVELOPPE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- ✓ Le volet blanc de la feuille d'hospitalisation remise par le chirurgien (les volets jaune et rose seront à remettre à l'anesthésiste le jour de la consultation d'anesthésie).
- ✓ La copie de la carte d'identité ou passeport du patient.  
\*si l'intervention concerne un **enfant mineur** : en plus, carte d'identité ou passeport de l'enfant et des deux parents + livret de famille.  
\*si l'intervention concerne un **majeur protégé** : en plus, carte d'identité ou passeport du tuteur/de la tutrice.
- ✓ La copie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité.  
Si vous ne l'avez pas, vous pouvez la télécharger et l'imprimer à partir de votre compte personnel sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- ✓ La copie de la carte de mutuelle recto verso.
- ✓ Le règlement par chèque à l'ordre de la Clinique Saint Paul :

#### A- Pour la Chirurgie ambulatoire :

- 65 euros,  
ou
- 41 euros si le patient est bénéficiaire de la CMU [Couverture Maladie Universelle] (nouvellement renommée « CSS » : Complémentaire Santé Solidaire).

Si vous n'avez pas de chéquier, vous serez contacté(e) par téléphone par une secrétaire afin de réaliser le paiement à distance par carte bleue afin de valider définitivement vos formalités de pré-admission.


#### B- Pour la Chirurgie traditionnelle :

Une demande de prise en charge sera effectuée par la clinique auprès de la mutuelle du patient et son reste à charge sera à régler le jour de son admission. Sans réponse de la mutuelle vous devrez régler l'intégralité du séjour du patient.

- ✓ Le formulaire de déclaration d'accident de travail (en cas d'accident de travail).
- ✓ La copie du jugement du juge des tutelles pour l'hospitalisation d'un majeur protégé.



### COMPLETER ET SIGNER LES FORMULAIRES CONSTITUANT CE LIVRET :

- ✓ Le consentement à l'hospitalisation et à la prise en charge médicale et soignante.
- ✓ Le consentement éclairé.
- ✓ Le formulaire « Information COVID 19 ».
- ✓ L'autorisation d'opérer.
- ✓ La désignation de la personne de confiance et information Directives Anticipées (Attention : ce formulaire est à remplir pour le patient ET par sa personne de confiance désignée). 
- ✓ La décharge concernant les objets de valeur et Information Tarifs appliqués.

## INFOS PRATIQUES

### LIVRET D'ACCUEIL DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Vous trouverez dans l'enveloppe qui vous a été remise le **livret d'accueil de la personne hospitalisée**.

Ce livret a été édité à votre attention afin de vous familiariser par avance à nos services. **Conservez-le, il est à vous !**



### PREPAREZ VOTRE RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRE-ANESTHESIE

Vous pouvez prendre rdv par téléphone, ou via le site internet

**CLIKODOC**

Le cabinet des anesthésistes se trouve à proximité de la Clinique Saint Paul.



Pour vous y rendre, prenez l'ascenseur du parking, dirigez-vous vers le niveau -4, sortez du parking, le cabinet sera face à vous (25 Rue du Révérend Père Pinchon, Villa Clairière)

ANESTHÉSISTE

**Anesthésie Clinique Saint Paul VILLA CLAIRIERE**

📍 Adresse

Cabinet d'Anesthésie de la Clinique Saint Paul  
25 rue du révérend Père Pinchon Villa Clairière  
97200 Fort-de-France

Contact

Tél : 0596390214

secretariat.selarlmarm@orange.fr

Lorsque vous vous rendez au rdv de consultation pré-anesthésie, vous devrez amener au cabinet d'anesthésie les documents suivants :

- Les volets jaune et rose de la feuille d'hospitalisation qui vous a été remise par le chirurgien ou médecin spécialiste,
- Le courrier du chirurgien ou médecin spécialiste adressé à l'anesthésiste,
- Le dernier bilan sanguin, la carte de groupe sanguin et les derniers examens du patient (cardiologie, pneumologie, etc.),
- L'ordonnance du traitement personnel du patient en cours.

### LISIBILITE DES CARACTERES

**Merci d'écrire très lisiblement sur les documents transmis.**

**Merci de nous remettre des copies de qualité.**



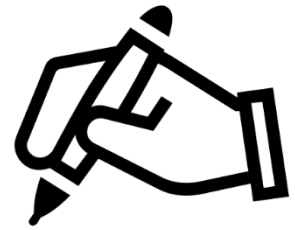
### DONNEES PERSONNELLES

La Clinique Saint Paul traite les données recueillies dans ce dossier de pré-admission pour assurer son obligation légale de constituer un dossier médical (Articles R1112-2 et R4127-45 du Code de la Santé Publique).

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits: [www.cliniquesaintpaul.fr](http://www.cliniquesaintpaul.fr)

---

## INFORMATIONS PATIENT



- NOM : \_\_\_\_\_
- NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_
- PRENOMS : \_\_\_\_\_
- DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- DATE DE RDV ANESTHESISTE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- DATE D'INTERVENTION : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- MEDECIN TRAITANT : Dr (Nom) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_
  
- NUMEROS DE TELEPHONE

- PATIENT MINEUR → Père et Mère

**Père →**

FIXE 1 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PORTABLE 1 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Mère →**

FIXE 2 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PORTABLE 2 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- PATIENT MAJEUR PROTEGE → Tuteur/Tutrice

FIXE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



- Pour la chirurgie traditionnelle  
( = Hébergement de plusieurs jours, nuits à la Clinique)  
SOUHAIT : Chambre particulière  Chambre double   
*\*Voir Information « Tarifs appliqués » au sein de votre livret d'accueil de la personne hospitalisée*
-



# CONSENTEMENT A L'HOSPITALISATION ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE | FO-PEC-13\_3

## DROITS DES PATIENTS

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.

Au cours de l'hospitalisation du patient, des soins et examens seront prescrits selon son état de santé. Les équipes soignantes et médicales vous donneront les informations nécessaires afin que vous preniez avec elles les décisions concernant la santé du patient, sans contrainte et en toute connaissance de cause.

En signant ce formulaire vous consentez à l'hospitalisation du patient et aux différents actes qui pourraient être réalisés en fonction de son état de santé : bilans sanguins, examens d'imagerie médicale, soins infirmiers, actes de kinésithérapie, examens complémentaires, intervention chirurgicale, pose de dispositif médical implantable (*liste non exhaustive*). Vous pourrez toujours demander aux équipes des informations complémentaires ; nous sommes à votre disposition pour répondre à vos interrogations. **Vous pouvez, à tout moment, retirer votre consentement.**

**Le professionnel de santé doit respecter votre volonté, après vous avoir informé des conséquences de vos choix.**

Au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté, l'équipe soignante et médicale ne pourra intervenir sans que la personne de confiance ou qu'un de vos proches ait été consulté, hors situation d'urgence.

Notre établissement travaille en collaboration avec des instituts de formations en soins infirmiers (et sage femmes). Les stagiaires présents dans notre établissement sont sous la responsabilité d'un maître de stage et d'un tuteur dans tous les services. Tous les actes pratiqués par ces stagiaires sont évalués au préalable en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmiers (ou sage femmes).

Pour le séjour à la Clinique Saint-Paul, à compter du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année),

En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice

De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle



Dont l'identité (patient) est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance)

Reconnais que :

- Je donne mon consentement pour les soins, examens, traitements et interventions qui seront dispensés pendant la durée du séjour.
- Je peux retirer à tout moment mon consentement, après avoir été informé(e) par l'équipe soignante et médicale des conséquences de mes choix.
- J'accepte la présence et les soins effectués par les stagiaires.



Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à : _____	Fait à : _____	Fait à : _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

PAGE VIERGE



## CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL CHIRURGIE (sauf colonoscopie, fibroscopie, bronchoscopie) | FO-PEC-15\_5

Comme vous me l'avez demandé et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

- 1- Je vous confirme que le praticien m'a exposé les risques inhérents à toute intervention chirurgicale.
- 2- Je reconnais aussi que j'ai pu exposer au praticien toutes les questions concernant cette intervention.
- 3- Je vous confirme que les explications qui m'ont été fournies par le praticien, l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter ce choix et lui demander de pratiquer cette intervention de chirurgie.
- 4- J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.
- 5- Je reconnais qu'il y a un délai minimum de 10 jours entre la consultation et l'intervention, et que dans cet intervalle, le praticien reste à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle du médecin traitant qu'il m'a engagé à contacter pour éventuellement lui faire préciser les informations données. Ce délai est raccourci en cas d'urgence avec mon accord.
- 6- Je m'engage expressément à me rendre aux consultations données par le praticien et à respecter tous les soins et recommandations qu'il prescrira.

En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice  
 De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle



Dont l'identité (patient) est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance)

- Fais confiance au praticien pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat souhaité.
- Déclare avoir pris connaissance des informations spécifiques sus citées.



Le Praticien réalisant l'intervention chirurgicale est : Dr \_\_\_\_\_

Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à : _____	Fait à : _____	Fait à : _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature :	Signature :	Signature :
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

PAGE VIERGE





## INFORMATION - Contexte Crise sanitaire COVID-19 | FO-PEC-69\_ 2

Outre les risques habituels inhérents à un acte interventionnel ou à une hospitalisation, nous nous devons de vous informer du contexte particulier de votre prise en charge au regard de la crise sanitaire COVID-19.

Aussi, nous vous délivrons des informations spécifiques selon les thématiques suivantes :

- 1- Caractère contagieux du coronavirus et modalités connues de contamination :  
Nous nous en référons au site du ministère régulièrement actualisé <https://solidarites-sante.gouv.fr/>  
Nous vous invitons à vous tenir régulièrement informé(e) des informations transmises par le ministère.
- 2- Existence d'un risque de contamination lors de l'hospitalisation du patient :  
Ce risque existe, au même titre que lors de toutes sorties du domicile conduisant à un contact avec des personnes et des surfaces potentiellement contaminées.
- 3- Organisation mise en œuvre dans l'établissement pour limiter le risque de contamination :  
Nous avons établi un nouveau parcours de soins pour tous nos patients, en tenant compte des recommandations du ministère.  
Exemples : Modalités d'accueil du patient et de son accompagnant revues, formalités de pré-admission non présentes, interdiction/restriction des visites, aménagement des zones d'attente, mise à disposition d'équipements de protection individuels pour les professionnels et les patients, mesures d'hygiène et d'asepsie renforcées.
- 4- Mesures barrières :  
Les mesures barrières doivent être respectées par le patient dès son entrée dans l'établissement.
- 5- Symptômes laissant craindre une contamination au COVID-19 :  
Les symptômes laissant craindre une contamination au COVID-19 préalablement à votre admission au sein de notre établissement doivent être signalés par téléphone (appeler le standard qui vous réorientera vers le bon service).
- 6- Caractère réversible de la programmation de votre intervention ou de votre hospitalisation en raison des impératifs liés à la crise sanitaire : Toute programmation peut être annulée jusqu'au jour même de la prise en charge. Vous en serez tenu(e) informé(e) dans les meilleurs délais.
- 7- Réflexion bénéfiques/risques individuelle et personnalisée, s'appuyant le cas échéant sur les recommandations des sociétés savantes :  
La balance bénéfiques/risques, expliquée par le médecin responsable de la prise en charge, permet au patient de donner un consentement éclairé à l'intervention ou à l'hospitalisation préconisée notamment au regard :
  - a. du risque de perte de chance en cas de report de l'intervention ou de l'hospitalisation.
  - b. des risques d'évolution défavorable de la maladie COVID-19 en cas de contamination compte tenu de la situation particulière du patient (exemple : âge, comorbidités).

En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice  
De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle

Dont l'identité (patient) est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance)

Déclare avoir pris connaissance des informations spécifiques sus citées.



Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à : _____	Fait à : _____	Fait à : _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

PAGE VIERGE



# AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE | FO-PEC-12\_7



En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice  
 De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle

Dont l'identité (patient) est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance)

- m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur de la clinique inséré dans le livret d'accueil qui m'a été remis avec la charte du patient hospitalisé.

- autorise le Dr \_\_\_\_\_

à pratiquer toute intervention chirurgicale sous anesthésie, jugée nécessaire en fonction de l'état de santé de mon enfant mineur, ou du majeur protégé placé sous ma tutelle.

J'ai reçu du chirurgien ou du spécialiste tous les renseignements que je souhaitais, concernant cette intervention et les suites éventuelles, y compris les risques dus à des réactions individuelles imprévisibles.

Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à : _____	Fait à : _____	Fait à : _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature :	Signature :	Signature :
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

PAGE VIERGE



## DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE | FO-PEC-02\_5

**IMPORTANT :** En application de la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.


En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice  
De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle





Dont l'identité (patient) est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance) 

**Je souhaite désigner une personne de confiance :**

- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  OUI  NON 
- Cette personne de confiance, légalement capable, est : 
  - Un proche  Un parent  Mon médecin traitant
- J'ai été informé (e) que cette personne vaut pour toute la durée de l'hospitalisation.
- Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.


**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

- Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

**Le patient est un majeur protégé dont la personne de confiance est désignée** par le juge des tutelles.

Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à : _____	Fait à : _____	Fait à : _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature : _____	Signature : _____	Signature : _____
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

### PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE :

Je soussigné(e),  Madame  Monsieur   
Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom (s) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_ (lieu de naissance)

ADRESSE : \_\_\_\_\_

FIXE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

Certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

## Pour les majeurs protégés - Information Directives anticipées

### Les directives anticipées

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

### Que sont les directives anticipées ?

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ». (Extrait de l'article L. 1111-11 du code de la Santé Publique).

### Quelle est la portée des directives anticipées ?

- Les directives anticipées constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale dans la mesure où elles témoignent de la volonté du patient lorsqu'il est encore apte à s'exprimer ;
- Leur contenu prévaut donc sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance ;
- Elles n'engagent pas définitivement le patient et il a toujours et à tout moment la possibilité de les modifier ou les annuler ;
- Le médecin tiendra compte de ces directives anticipées pour toutes décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient ;
- Le médecin reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

### Comment les rédiger ?

- Elles sont écrites sur papier libre, datées et signées ;
- Elles comportent vos nom, prénom, date et lieu de naissance ;
- Si vous le patient n'a plus la possibilité de les rédiger, tout en restant capable d'exprimer sa volonté, il peut faire appel à deux témoins (dont la personne de confiance, si désignée), attestant que l'écrit est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiqueront leur nom et joindront leurs attestations aux directives anticipées.

### Avertissement :

Toutes clauses contraires à la loi et plaçant le professionnel de santé dans l'illégalité seront déclarées nulles et non avenues.

### Quelle est la durée de validité des directives anticipées ?

- Les directives anticipées ont une durée illimitée.

### Comment transmettre et conserver les directives anticipées ?

Dès lors que le patient est admis dans notre établissement de santé, vous devez signaler l'existence de directives anticipées si vous le souhaitez. Cette mention sera alors portée dans le dossier médical du patient.

Celles-ci seront conservées selon des modalités les rendant facilement accessibles pour l'équipe médicale appelée à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement :

- soit par conservation dans le dossier médical du patient en cas d'hospitalisation ;
- soit par le tuteur/la tutrice ou confiées à la personne de confiance désignée, ou à un membre de la famille ou encore à un proche. Dans ce cas, il faut mentionner l'identification du détenteur (ses coordonnées) lors de l'hospitalisation du patient.



## DECHARGE PERTE / VOL D'OBJET DE VALEUR

INFORMATION TARIFS APPLIQUES | FO-PEC-14\_4



En qualité de  Représentant légal  Tuteur/tutrice  
 De :  Mon enfant mineur  La personne placée sous ma tutelle

Dont l'identité est la suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) à \_\_\_\_\_(lieu de naissance)

- Décharge la Clinique Saint Paul de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objet de valeur, d'argent ou de papiers.
- Déclare avoir pris connaissance des tarifs appliqués par l'établissement (cf. Document « Nos Tarifs »).

Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal)	Mère (ou représentant légal)	Tuteur/Tutrice :
Fait à _____	Fait à _____	Fait à _____
Le ____/____/____	Le ____/____/____	Le ____/____/____
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Signature :	Signature :	Signature :
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

PAGE VIERGE