

Entrée programmée :  oui  non

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION : 2/ Renseignements médicaux

Ce dossier est à remettre lors de votre consultation de pré-anesthésie  
(ou à rapporter le jour de votre entrée si vous n'avez pas d'intervention chirurgicale prévue)

**MERCI DE VENIR LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION DE PRE-ANESTHESIE OU DE VOTRE  
HOSPITALISATION AVEC LES DOCUMENTS DEMANDES PAR VOTRE PRATICIEN  
(ex : ordonnances prescrites par votre médecin traitant)**

### Partie réservée au patient

NOM DE NAISSANCE : .....	PRENOM(S) DE NAISSANCE : .....	
NOM D'USAGE (marital) : .....	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lieu de naissance (Code postal et ville) : .....		
Adresse : .....		
Code postal : .....	Ville : .....	
Téléphone fixe : .....	Portable : .....	

### AUTORISATION D'HOSPITALISER ET D'OPERER → Pour les enfants mineurs et majeurs sous tutelle

Votre praticien vous a remis une demande d'autorisation d'opérer :

- oui (merci de joindre la copie)  
 non

### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(loi n°2002-303 du 4 mars 2002)

En tant que patient majeur (non sous tutelle, **sauf autorisation du Juge des tutelles ou du conseil de famille**), vous pouvez désigner une personne de confiance qui pourra :

- vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions
- être consultée par l'équipe médicale au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Coordonnées de la personne de confiance :  Monsieur  Madame

Nom de naissance : ..... Prénom(s) de naissance : .....

Nom d'usage (marital) : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

De plus, je certifie avoir informé la personne citée ci-dessus de cette désignation ainsi que de ses missions (<http://www.clinique-breteche.fr/patient/droits-dossier.html>). **Elle confirme son accord par sa signature.**

**OU**

- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.  
(signature du patient au verso)

Signature de la personne de confiance :

## FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT POUR L'ACCES AUX DONNEES MEDICALES

Concernant l'accès à votre dossier et/ou la transmission d'informations sur votre santé :

- Les professionnels de santé (médecin de la clinique, médecin traitant ou spécialiste désignés par vous) peuvent échanger des informations nécessaires à la continuité de votre prise en charge. Si vous souhaitez refuser cette communication à tout ou partie des professionnels de santé, préciser leur nom, et qualité :

Nom : .....

Qualité : .....

- Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises :

à mes ayants droits en cas de décès

aux titulaires de l'autorité parentale (pour les patients mineurs)

à du personnel habilité dans le cadre de contrôle visant à améliorer la qualité de la prise en charge

Vous pourrez revenir sur ce choix à tout moment.

## DIRECTIVES ANTICIPEES

Avez-vous rédigé des Directives Anticipées ?

Si vous le souhaitez depuis la loi Léonetti du 22 avril 2005, il vous est possible de les rédiger (facultatif). Une documentation est disponible, vous pouvez la demander au personnel soignant ou la retrouver sur le site internet de la Clinique : <http://www.clinique-breteche.fr/patient/droits-dossier.html>

J'ai rédigé mes directives anticipées :  oui  non

Je désire rédiger mes directives anticipées :  oui  non

## MEDECIN TRAITANT

Nom:..... Prénom : .....N° tél : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

## MEDECIN ADRESSEUR

Raison sociale (ex : CHU, SOS Médecins...) : .....

Nom:..... Prénom : .....N° tél : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

## EVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX

- Avez-vous eu connaissance par courrier d'avoir reçu des produits sanguins d'un donneur atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (v-MCJ) ?  oui  non

- Êtes-vous atteint actuellement d'une maladie contagieuse?  oui  non

Si oui, laquelle: .....

- Avez-vous déjà contracté lors d'une hospitalisation antérieure une infection avec une bactérie multi-résistante?  oui  non

- Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente ?  oui  non

- Intégrez-vous l'établissement dans le cadre d'un rapatriement sanitaire ?  oui  non

Si une réponse est positive, merci de le signaler au praticien à qui vous remettrez ce dossier ou à l'infirmier(e) du service.

Fait à : ..... le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient ou du représentant légal :

**PARTIE RESERVEE AU CHIRURGIEN SI INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Selon la nouvelle instruction du 1er décembre 2011 relative à la maladie de Creutzfeld-Jakob, on identifie deux types de patients : les patients ni cliniquement suspects, ni atteints d'EST et les patients suspects ou atteints d'EST.

Lexique :

ATNC : Agent Transmissible Non-Conventionnel

EST : Encéphalopathie Spongiforme Transmissible

v-MCJ : nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob

Définitions :

- Patient suspect ou atteint d'EST : le diagnostic doit être suspecté sur la présence d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission d'au moins un signe clinique neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques et après élimination de toute autre cause.

**- Les actes invasifs à risque vis à vis des ATNC sont :**

- **pour tous les patients**, le système nerveux central y compris l'hypophyse, la moelle osseuse et la dure-mère, les ganglions spinal et trijumeau, la rétine, le nerf optique et la muqueuse olfactive.

- **pour les porteurs du nouveau variant v-MCJ** : les formations lymphoïdes organisées.

- **Les autres actes invasifs** sont ceux qui n'ont pas de contact avec les tissus cités plus haut.

**CHOIX DE LA PROCEDURE DE TRAITEMENT DES DISPOSITIFS MEDICAUX REUTILISABLES**

Remplir le tableau ci-dessous :

	Patient ni suspect ni atteint	Patient suspect ou atteint
<b>Acte invasif à risque vis à vis des ATNC</b>	<input type="checkbox"/> Procédure renforcée (avec inactivation totale)	<input type="checkbox"/> <i>Procédure de séquestration</i> <i>(Si case cochée prévenir le chef de bloc)</i>
<b>Autres actes invasifs</b>	<input type="checkbox"/> Procédure standard	<input type="checkbox"/> <i>Procédure renforcée</i> <i>(avec inactivation totale)</i> <i>(Si case cochée prévenir le chef de bloc)</i>

→ Ce choix est à reporter sur Optim bloc

**PARTIE RESERVEE AU PRATICIEN :**  
**PRISE EN CHARGE INITIALE DU PATIENT LORS DE SON HOSPITALISATION**

**Nom et prénom du patient :** .....

**Date prévue d'hospitalisation :** ..... Type :  Ambulatoire  
 Hospitalisation

**Date prévue d'intervention :** .....  
 Avant 13h     Après 13h30     Actes hors nomenclature  
(pensez à joindre un devis)  
Montant du devis ou autre dépassement:.....

Date prévue de sortie : .....

**MOTIF D'HOSPITALISATION / Intervention envisagée :**

.....  
.....  
.....

**Avez-vous informé le patient, conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, des bénéfices – risques de l'intervention ou du traitement envisagé?**     oui     non

**Avez-vous vérifié le statut infectieux du patient ?**     oui     non

Si une réponse est positive, se référer au document PR014 (intranet) et pensez à la nécessité d'isolement si besoin..

**Situations particulières de prise en charge à signaler :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Prescriptions d'admission :**

.....  
.....  
.....

**Traitement personnel :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Le :**    \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

CACHET MEDICAL  
**et signature :**