

**Livret d'Entrée Patient  
MÉDECINE**

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ LORS DE VOTRE ADMISSION.**

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

*Étiquette patient*

**Identification  
du patient**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Date d'hospitalisation : .....

Profession : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Pharmacie habituelle : .....

Médecin traitant : .....

Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) : .....

.....

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance).**

**Représentant  
du patient ou  
d'un majeur  
sous tutelle**

**A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

**Identification du  représentant /  tuteur<sup>(1)</sup> du patient :**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

**Signature du représentant  
ou tuteur du patient**

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

<b>Soins réalisés par des étudiants</b>	J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> un <b>étudiant</b> (infirmier(e) ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.	<b>Signature du patient</b>
---	---	-----------------------------

<b>Transmissions des informations de santé</b>	<b>Je demande</b> <input type="checkbox"/> <b>Je refuse</b> <input type="checkbox"/> 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 de mon choix : ..... Adresse : ..... Adresse : ..... Tél. : ..... Tél. : .....	
--	---	--

J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :

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

J'autorise  Je n'autorise pas  dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.



Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**, visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...).

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement.

<b>Non divulgation de présence</b>	<input type="checkbox"/> <b>Je souhaite ne pas divulguer ma présence</b> au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.
------------------------------------	--

<b>Personnes à prévenir</b>	<b>J'autorise</b> l'établissement à prévenir, <u>en cas de nécessité</u> , la ou les personne(s) ci-après désignée(s) : Nom, prénom : ..... Nom, prénom : ..... Lien avec le patient : ..... Lien avec le patient : ..... Tél. : ..... Tél. : .....	
-----------------------------	--	--

<b>Désignation de la personne de confiance</b>	<input type="checkbox"/> <b>Je souhaite désigner une personne de confiance :</b> Nom, prénom : ..... Date et lieu de naissance : ..... Adresse : ..... Tél. : ..... Cette personne, légalement capable, est : <input type="checkbox"/> un proche <input type="checkbox"/> un parent <input type="checkbox"/> mon Médecin traitant Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
--	---	--

**Réservé à la personne de confiance :**

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à ..... le .....

**Signature de la personne de confiance**

**Je souhaite ne pas désigner une 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, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

<b>Directives anticipées</b>	<b>Avez-vous rédigé des directives anticipées ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
------------------------------	---

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ - MÉDECINE

Informations données par le Praticien concernant votre prise en charge

## Je soussigné(e), reconnais :

- avoir reçu le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
  - les différents actes médicaux, diagnostiques et/ou thérapeutiques
  - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir été suffisamment informé(e) par le Dr ..... sur mon état de santé et la réflexion bénéfice-risque qui en découle et je l'autorise à me prendre en charge dans les conditions ci-dessous.
- avoir compris :
  - que mon état de santé nécessite une prise en charge en Médecine
  - qu'au cours des soins relatifs à cette prise en charge, vous pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable

Je, soussigné(e),

- déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cette prise en charge
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que ma prise en charge puisse être exécutée en toute sécurité

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte les traitements proposés en Médecine.

J'ai bien noté qu'à tout moment, je peux revenir sur ce consentement général.

Fait à ....., le .....

<b>Signature du Praticien responsable du patient</b>	<b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b>	<b>CAS PARTICULIER PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE</b>	
		Nom et signature : tuteur du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Traitements en cours     Aucun traitement en cours

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter **vos ordonnances et vos médicaments dans leurs boîtes le jour de votre entrée.**

Noms de vos médicaments et dosage	Forme <small>(comprimés, injectables...)</small>	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

\* **cas particulier** : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ? oui  non  , si oui, précisez :

.....

.....

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL

**Important** : ce questionnaire est indispensable à la préparation de votre séjour.  
Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui

Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ?** OUI  NON  , si oui précisez :

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : .....	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... .....
---	--

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE :** OUI  NON  , si oui précisez :

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Œdème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... ..... .....
--	---	---

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ?** OUI  NON

Si oui, précisez :

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÉDENTES ANESTHÉSIES ?** OUI  NON

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### CARDIAQUES

- Hypertension artérielle oui  non
- Infarctus, angine de poitrine oui  non
- Si oui, êtes-vous porteur de stent ? oui  non
- Varices, phlébite, embolie pulmonaire oui  non
- Artérite oui  non
- Troubles du rythme : oui  non
- Si oui :  Tachycardie  FA  Autres (précisez) :  
.....

### RESPIRATOIRES

- Asthme oui  non
- Bronchite chronique oui  non
- Insuffisance respiratoire oui  non
- Apnées du sommeil oui  non
- Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui  non

### DIGESTIFS

- Brûlures d'estomac oui  non
- Ulcère gastrique oui  non
- Hernie hiatale oui  non
- Troubles du transit oui  non
- Si oui :  Constipation  Diarrhée
- Autres, précisez : .....
- .....

### URINAIRES, RÉNAUX

- Coliques néphrétiques oui  non
- Insuffisance rénale oui  non
- Dialyse oui  non
- Problème de prostate oui  non

### GYNÉCOLOGIQUES

- Nombre de grossesses : .....
- Nombre d'accouchements : .....
- Avez-vous eu une péridurale pour votre  
ou vos accouchement(s) ? oui  non
- Date des dernières règles : .....
- Etes-vous enceinte ? oui  non

### DIVERS

- Maladie de Willebrand oui  non
- Hémophilie oui  non
- Glaucome oui  non
- Hépatite B oui  non
- Hépatite C oui  non
- HIV oui  non

### NEUROLOGIQUES

- Migraines oui  non
- Épilepsie oui  non
- Accident ischémique transitoire (AIT) oui  non
- Si oui, séquelles ? oui  non
- Si séquelles, précisez : .....
- .....
- Accident vasculaire cérébral (AVC) oui  non
- Si oui, séquelles ? oui  non
- Si séquelles, précisez : .....
- .....
- Syndrome de dépression oui  non

### ENDOCRINIENS

- Diabète oui  non
- Si oui, traité par :  Régime  Comprimés   
Insuline
- Problème de thyroïde oui  non
- Cholestérol oui  non
- Triglycérides oui  non
- Autres, précisez : .....
- .....

### TOXICOLOGIQUES

- Tabac oui  non
- Si oui, combien : .....
- Depuis quand ? .....
- Avez-vous arrêté ? oui  non
- Si oui, depuis quand ? .....
- Cigarette électronique oui  non
- Alcool, vin... oui  non
- Si oui, précisez : .....
- Depuis quand ? .....
- Avez-vous arrêté ? oui  non
- Si oui, depuis quand ? .....
- Cannabis oui  non
- Si oui, précisez : .....
- Autres stupéfiants oui  non
- Si oui, précisez : .....

### AUTRES MALADIES

- oui  non
- Si oui, précisez : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

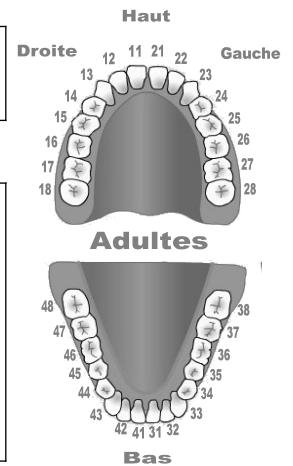
**STATUT TRANSFUSIONNEL**

Avez-vous été transfusé(e) ? oui  non , si oui, à quelle(s) date(s) ?

**Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel**, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non , si non, motif :

**PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI  NON**

Lentilles oui  non   
 Prothèse auditive oui  non   
 Autres oui  non , si oui, lesquelles ? .....



**QUESTIONNAIRE DENTAIRE**

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui  non   
 Si oui, précisez : Partielle :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur  
 Complète :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui  non   
 Si oui, lesquelles ? (entourer la ou les dents concernées sur le schéma ci-contre)  
 Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en informer le Médecin Anesthésiste.

**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?**

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

**Je, soussigné(e),  
 atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des  
 informations mentionnées dans la rubrique  
 « Questionnaire Médical » pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient  
 ou de son représentant**



**Je, soussigné(e) :**

- **atteste de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient »**, que je rapporterai impérativement pour le jour de mon admission et qui sera archivé dans mon dossier médical
- **atteste avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient »** qui m'a été remis, et que je dois conserver :

**Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :**

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé – Médecine
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Questionnaire patient
- Traitement médicamenteux

**Informations complémentaires en vue de votre prise en charge :**

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Informations concernant l'interdiction de fumer
- Cas particulier de l'allergie au latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

**Engagement du patient hospitalisé**

- **En fonction de la situation épidémique, certaines mesures pourront être demandées** (port du masque, isolement...) selon les recommandations internes à l'établissement. Je reconnais en être informé(e) et en accepte le principe.

Fait à .....

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

Le .....



*Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).*