



## 2. MES PROCHEs

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

### PERSONNE DE CONFIANCE

#### *Pour les patients majeurs.*

Selon la loi du 4 mars 2002, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.  
 Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

#### *Date et signatures obligatoires*

*Signature Patient*

Le ...../...../.....

*Signature Personne de Confiance*

Le ...../...../.....

### PERSONNE À PRÉVENIR

#### *Si différente de la personne de confiance.*

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

### AUTORISATION D'OPÉRER

#### *Pour les patients mineurs et sous tutelle.*

Ce document doit être **obligatoirement signé** par les deux titulaires de l'autorité parentale.

À défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu.

Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devrez en apporter la preuve (livret de famille / attestation de jugement).

#### **Représentant légal 1 ou tuteur**

Nom : .....

Prénom : .....

N° Tél. : .....

*Signature Représentant légal 1 ou tuteur*

Le ...../...../.....

#### **Représentant légal 2**

Nom : .....

Prénom : .....

N° Tél. : .....

*Signature Représentant légal 2*

Le ...../...../.....

L'article R.1112-35 du code de la santé publique et l'article 372 du code civil précisent :

Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux.

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.



# 3. MES CONSENTEMENTS

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

## CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

1- À l'occasion des consultations avec le praticien et le médecin anesthésiste, il m'a été exposé dans le détail, de manière loyale, claire et appropriée :

- les informations précises relatives à ma pathologie et son évolution possible en cas de refus d'intervention thérapeutique,
- la description et le déroulement des examens, investigations, soins, interventions envisagées et des alternatives possibles,
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés,
- leurs conséquences et leurs inconvénients,
- leurs complications possibles (liées aux suites opératoires, à la pathologie dont je souffre, à toute autre maladie dont je peux être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles), leurs risques, y compris anesthésiques, infectieux et vitaux, et l'éventualité de reprises chirurgicales.
- les précautions particulières et générales que je dois prendre.

2- Je reconnais qu'il a été procédé à une évaluation « bénéfices / risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

Je confirme avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note qu'il existe, outre les risques précédemment cités, une imprévisibilité de durée d'hospitalisation, d'aspect ou de forme anatomique, de délai de cicatrisation, etc., ainsi que des risques exceptionnels, voire inconnus.

Je vous fais confiance pour utiliser les moyens dont vous disposez pour approcher le résultat souhaité.

3- J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de

l'hospitalisation vous pouviez vous trouver face à une découverte, un événement imprévu, imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, à effectuer tout autre acte que vous estimeriez nécessaire : transfusion, administration de produits dérivés du sang, imagerie, analyses biologiques de dépistage (HIV, hépatites B et C, maladies infectieuses). Je confirme que les explications fournies par le praticien et le médecin anesthésiste, l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour arrêter mon choix en confiance et vous autorise à pratiquer l'anesthésie, l'intervention et/ou l'exploration médicale et tout acte complémentaire qui serait nécessaire.

4- Dans le cadre de ma prise en charge, une procédure utilisant des rayons X peut être réalisée avec la dose la plus faible possible adaptée à ma situation ; elle comporte un risque rare de rougeur cutanée de type « coup de soleil », qui devra être signalée à mon praticien si elle apparaît. Par ailleurs, toute grossesse avérée ou suspectée doit impérativement être déclarée avant l'intervention.

5- Mon dossier médical pourra être consulté par les médecins de l'établissement, mais aussi hors de l'établissement, à la demande de mon médecin si cela est nécessaire, ceci dans mon intérêt et pour une prise en charge optimale lors de mon hospitalisation.

6- Je consens de manière libre et éclairée aux soins nécessaires à mon traitement qui peuvent se dérouler sur plusieurs séances. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger à tout moment ses directives anticipées concernant sa fin de vie pour le jour où elle ne pourra plus exprimer sa volonté. C'est une possibilité qui vous est donnée. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médical. Elles sont révisables et révocables, à tout moment et par tout moyen.

Pour vous aider dans votre démarche, parlez-en au personnel soignant.

- Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour.
- Je joins à ce document mes directives anticipées sur papier.



## ARGENT - OBJET DE VALEUR

Je m'engage à n'apporter aucun objet de valeur. L'établissement décline toute responsabilité en cas de détérioration ou disparition. Un coffre à code est à disposition dans chaque chambre (hospitalisation complète uniquement).

## DROIT À L'INFORMATION

J'atteste avoir reçu le Livret d'Accueil de l'établissement.

Dans le cadre de ma prise en charge et des soins qui me seront dispensés :

- Je reconnais avoir été informé(e) du traitement de mes données personnelles par l'établissement,
- Je reconnais avoir été informé(e) de la transmission de mes données personnelles hors de l'établissement à la demande des professionnels de santé si cela s'avère nécessaire,
- J'autorise l'utilisation de mon adresse mail et numéro de téléphone portable pour les démarches administratives, dans le cadre de la prise en charge médico-soignante,
- Je reconnais avoir été informé(e) des modalités d'exercice du droit d'accès à mon dossier médical ou à celui du patient que je représente.

- J'autorise l'équipe de soin à alimenter et consulter mon Dossier Médical Partagé et mon Dossier Pharmaceutique :

- OUI  
 NON

- J'accepte de recevoir par mail les informations de l'Infirmier Protestant (newsletter...) :

- OUI  
 NON

**Signature obligatoire du patient ou du représentant légal**

**«J'accepte le projet de soins proposé»**  
**Le ...../...../.....**

## INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON

1-3 chemin du Penthod 69641 CALUIRE CEDEX

Tél. : 04 72 00 72 00

Association régie par la loi 1901

Etablissement conventionné par la Sécurité Sociale

Métro : Ligne C - arrêt terminus station Cuire

Bus : Ligne C1 - C13 - 33 - 38 - S5