

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*Cette fiche est à remettre complétée lors de votre admission.*

### IDENTITÉ DU PATIENT (OBLIGATOIRE)

MÉDECIN TRAITANT : .....

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

TUTELLE

CURATELLE

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :  Hospitalisation  Ambulatoire Le : ..... /...../.....

### PERSONNE DE CONFIANCE (OBLIGATOIRE)

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 de 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, en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

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

Fait à : ..... le : ....., signature du patient : Signature du patient

### Cadre réservé à la personne de confiance :

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

Fait à : ..... le : ....., signature : Signature de la personne de confiance

**PERSONNE À PRÉVENIR (OBLIGATOIRE) :** NOM : ..... PRÉNOM : ..... TEL : .....

### DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées correspondent à des instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer sa volonté 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'actes médicaux pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

#### Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

OUI, j'ai rédigé mes directives anticipées

NON, je n'ai pas rédigé mes directives anticipées

Signature du patient :

Pour plus d'informations, rapprochez-vous du personnel du service ou bien connectez-vous sur le site internet du ministère de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr>