

FORMULAIRE MÉDICO-ADMINISTRATIF

QUESTIONNAIRE À REMPLIR EN MAJUSCULES PAR LE PATIENT

1

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : SEXE : M F

LIEU DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement

ADRESSE EMAIL :

ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (si différent du patient)

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

CONTACTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX (merci d'indiquer le nom et l'adresse)

MÉDECIN TRAITANT :

MÉDECIN SPÉCIALISTE :

MÉDECIN SPÉCIALISTE :

CARDIOLOGUE :

INFIRMIER :

LABORATOIRE :

PHARMACIE :

AMBULANCE :

A REMPLIR IMPÉRATIVEMENT, DATER ET SIGNER

S'agit-il d'un **accident de travail** ou d'une **maladie professionnelle** ? Si oui, veuillez joindre votre **feuille de soins AT** (*triptyque volets 1-2-3 remis par votre employeur*). OUI NON

J'atteste que l'hospitalisation la consultation externe est motivée par le traitement de l'une des trente **affections de longue durée (ALD)** mentionnées à l'art. D.322-1 du code de la sécurité sociale. OUI NON

En cas d'hospitalisation dans le centre, je désire que **ma présence ne soit pas divulguée à des tiers ?** (*Cela a pour conséquence la non-communication de ma présence dans le centre, notamment pour tout appel téléphonique*) OUI NON

Je ne fais pas l'objet d'un **placement sous tutelle** (*si je suis sous tutelle, le tuteur doit remplir l'attestation d'hospitalisation d'un majeur sous tutelle, à demander à l'accueil du centre*). OUI NON

J'ai été hospitalisé hors de France durant l'année précédente. OUI NON

J'atteste avoir pris connaissance de la **réglementation en vigueur** (page 2 de ce formulaire).
En cas de désaccord, j'en informerai mon médecin référent au sein de l'établissement. OUI NON

DATE :

SIGNATURE :

AU CENTRE LÉONARD DE VINCI

LISTE DES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT APPORTER

- Le formulaire « médico-administratif » ci-joint (page 1) dûment complété et signé
- Le formulaire « Antécédents et Traitements en cours » ci-joint (page 3), dûment complété
- La fiche de désignation de personne de confiance » ci-joint (page 4) dûment complétée et signée
- Une pièce d'identité officielle (carte d'identité, passeport, livret de famille ou carte de séjour)
- Votre carte de groupe sanguin
- Une attestation de sécurité sociale et votre carte vitale mise à jour
- Une attestation de complémentaire santé (*Donnée utile pour vos demandes de prise en charge de mutuelle : n° FINESS : 590780094*) – Apporter le document original de votre mutuelle
- Tous les documents relatant vos antécédents médicaux récents ou anciens : radiographies, résultats d'exams, courriers du médecin traitant, certificats médicaux...

CAS PARTICULIERS :

- Dans le cas des patients faisant l'objet d'un placement sous tutelle : une autorisation d'hospitalisation dûment complétée par le tuteur (*à demander à l'accueil de l'établissement*).
- Si vous bénéficiez d'un régime particulier de prise en charge : Contacter le service Facturation au 03.27.08.60.66 afin de prendre connaissance des justificatifs nécessaires.

MERCI DE PRENDRE CONNAISSANCE DE LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR

Concernant le dossier médical :

- Loi du 4 mars 2002, qui précise vos droits, en particulier concernant la transmission de votre dossier médical si vous le réclamez.
- Une photo d'identité sera prise lors de votre consultation pour être insérée dans votre dossier médical (celle-ci pourra être retirée de votre dossier à la fin de votre prise en charge, sur simple demande).
- Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 : Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à vos informations de santé. Les renseignements contenus dans ce document feront l'objet d'une saisie informatique.
- Arrêté d'exécution du 13 février 2001 : Certaines données anonymisées concernant votre dossier peuvent être utilisées à des fins scientifiques. En cas d'opposition de votre part, veuillez le signaler à votre médecin référent.

Concernant les droits du patient :

- Lors de la consultation médicale, vous pouvez vous faire accompagner par la (ou les) personne(s) de votre choix.
- Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique : Vous pouvez désigner une personne de confiance (*compléter le formulaire ci-joint*).
- Article L.1110-8 du Code de la Santé Publique : Vous disposez de la liberté de choix de votre praticien et de votre établissement de santé.
- Choix du suivi radiologique : vous avez libre choix du médecin radiologue et de l'établissement dans lequel vous désirez effectuer votre suivi radiologique.

Concernant les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins :

- Arrêté du 20 février 2015 concernant l'indicateur eSATIS : En cas d'hospitalisation de plus de 48h, vous êtes susceptible d'être contacté par mail dans le cadre du dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés.

Concernant les Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :

- Décret du 21 mars 2007 : Cette loi prévoit que chaque proposition de traitement vous concernant doit être validée lors d'une RCP médicale. En cas d'opposition de votre part, veuillez le signaler à votre médecin référent.
- Le Réseau Onco Nord Pas-de-Calais dispose d'une base de données informatique de gestion des RCP, consultable par les praticiens vous prenant en charge. Vous pouvez vous opposer à cette inscription.

Concernant les Directives anticipées :

- Article L.1111-11 du Code de la Santé Publique : 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 le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté (formulaire téléchargeable sur sante.gouv.fr rubrique « usager »).

ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS EN COURS



Réf : DC CS RDV 04-3
Révision : 06
Date : 30/01/2018

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : SEXE : M F

LIEU DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : / /

Quand et comment avez-vous ressenti les premiers signes de votre maladie ?

Vos antécédents significatifs (intervention chirurgicale, maladie chronique, accident...) :

Vos allergies éventuelles :

Y a-t-il eu des maladies particulières ou graves dans votre famille, des tumeurs ?

Fumez-vous ? Depuis quand ? Et combien de cigarettes /Jour ?

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui :

Nom, Dosage, Voie d'administration (comprimé, injection, pommade...)	Nombre de prises (ex : 1 matin, 2 soir, 1/mois...)	Depuis quand et pourquoi ?

Cette précaution est indispensable à la coordination et à la qualité des soins.

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 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.

Je soussigné(e),

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : SEXE : M F

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.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

LIEN AVEC LE PATIENT : SEXE : M F

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement

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

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je souhaite que la durée de validité de cette désignation soit prolongée durant toute la durée de mon traitement au Centre Léonard de Vinci : OUI NON

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit le Centre Léonard de Vinci.

Cadre réservé au patient

Fait à

Le

Signature :

Cadre réservé à la personne de confiance

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

Fait à Signature :

Le

PERSONNE À PRÉVENIR : La personne à prévenir est la même personne que la personne de confiance, sinon précisez ci-dessous :

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

LIEN AVEC LE PATIENT : SEXE : M F

TÉLÉPHONE DOMICILE : TÉLÉPHONE PORTABLE :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

Cocher le N° de téléphone où l'établissement peut vous joindre préférentiellement