Livret d'Entrée Patient
ONCOLOGIE-HEMATOLOGIE AMBULATOIRE (CHIMIOTHÉRAPIE)

DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ LE JOUR DE VOTRE PRISE EN CHARGE EN SERVICE D'ONCOLOGIE-HEMATOLOGIE AMBULATOIRE OU LORS DE VOTRE RENDEZ-VOUS AVEC L'INFIMIÈR(E) D'ONCOLOGIE-HEMATOLOGIE.

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 du premier RDV en service d'oncologie-hématologie ambulatoire : .....

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[1] du patient :

Signature du représentant ou tuteur du patient

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le patient : .....

Tél. : .....

[1] : 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.

Soins réalisés par des étudiants	**J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas** ☐ un **étudiant** (infirmièr(e) ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.	**Signature du patient**

Transmissions des informations de santé

Je demande ☐ **Je refuse** ☐ 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.

Non divulgation de présence

☐ **Je souhaite ne pas divulguer ma présence** au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.

Personnes à prévenir

J'autorise l'établissement à prévenir, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

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

Désignation de la personne de confiance

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom, prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

Cette personne, légalement capable, est : ☐ un proche ☐ un parent ☐ 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 ☐ non ☐

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.

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 : ……

Directives anticipées

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e), reconnais :

- avoir reçu :
  - le Livret d'Accueil Patient de l'établissement
  - le Carnet de suivi et de liaison
- 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
  - la possibilité de bénéficier d'une Consultation Infirmièr(e)
- 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 Service d'Oncologie-Hématologie Ambulatoire
  - qu'il peut être nécessaire de mettre en place une Chambre à Cathéter Implantable ou un Cathéter Central inséré(e) par voie périphérique pour réaliser les traitements en toute sécurité
  - que le suivi des traitements effectués en Service d'Oncologie-Hématologie Ambulatoire nécessite également des examens réguliers prescrits par le Médecin du Service
  - qu'une hospitalisation peut être nécessaire selon mon état de santé
  - 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 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 Service d'Oncologie-Hématologie Ambulatoire, si nécessaire, la pose d'une Chambre à Cathéter Implantable ou un Cathéter Central inséré(e) par voie périphérique, ainsi que les examens réguliers nécessaires au suivi du traitement.

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

Fait à ....., le .....

Signature du Médecin Oncologue/Hématologue	**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)**	***CAS PARTICULIER PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE***	
		Nom et signature : tuteur du majeur sous tutelle	**Nom et signature du majeur sous tutelle**
		(précédée de la mention « *lu et approuvé* »)	

☐ Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

Je, soussigné(e) :

- **atteste de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient »,** que je rapporterai impérativement le jour de ma prise en charge en Service d'Oncologie-Hématologie ambulatoire ou lors de mon rendez-vous avec l'infimièr(e) d'Oncologie-Hématologie 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 :

Consignes générales avant votre prise en charge :
- *Carnet de suivi et de liaison*
- *Cas particulier de l'allergie au latex*

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 : traitement en service d'oncologie-hématologie ambulatoire*
- *Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang*
- *Traitement médicamenteux*
- *Signalement des événements sanitaires indésirables*

Informations complémentaires en vue de votre intervention :
- *Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)*
- *Messageries sécurisées*
- *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*
- *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.

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

Fait à .....

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).