

FORMULAIRE DROITS ET INFORMATIONS DU PATIENT

Ce document est à compléter (recto-verso) et à remettre lors de votre préadmission.

VOTRE IDENTITÉ

NOM, Prénom(s) :

Né.e (Nom de naissance) : le :/...../..... à :

Etiquette patient

 Nom de naissance :

 Nom d'usage :

 Prénom :

 Né(e) le :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

La personne à prévenir est celle qui sera contactée par l'équipe soignante lors de votre séjour en cas de besoin particulier d'ordre organisationnel ou administratif. Elle peut aussi être la personne de confiance.

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Portable : !.....!.....!.....!.....!.....!

Portable : !.....!.....!.....!.....!.....!

Domicile : !.....!.....!.....!.....!.....!

Domicile : !.....!.....!.....!.....!.....!

Signature du patient (ou son représentant légal) :

PERSONNE DE CONFIANCE (à remplir uniquement si vous êtes majeur)

La personne de confiance ne doit pas être confondue avec la personne "à prévenir".

La personne de confiance est une personne majeure de votre entourage, qui est d'accord pour assumer cette mission. Il peut s'agir d'un membre de votre famille, d'un proche ou de votre médecin traitant.

Si vous le souhaitez, elle peut assurer les missions suivantes :

- Vous accompagner dans vos démarches d'ordre médical,
- Assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions,
- Être consultée dans les situations où vous ne pourriez plus exprimer votre volonté.

Je soussigné-e NOM, Prénom(s) :

désigne la personne de confiance suivante :

NOM, Prénom(s) :

ADRESSE :

.....

Téléphone portable : !.....!.....!.....!.....!.....! Domicile : !.....!.....!.....!.....!.....!

E-mail :

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Patient dans l'impossibilité de désigner une personne de confiance.

Fait à , le / /

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance "pour accord" :

DIRECTIVES ANTICIPÉES (à remplir uniquement si vous êtes majeur)

Les directives anticipées vous permettent de faire connaître en amont vos souhaits sur votre fin de vie dans le cas où vous ne pourriez plus manifester votre volonté. Ces directives expriment votre volonté portant sur les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut tout autre avis non médical. Elles sont valables sans limite de temps mais aussi modifiables et annulables à tout moment.

NOM, Prénom(s) :

Né.e (Nom de naissance) : le :/...../..... à :

- J'ai défini des directives anticipées :
☐ Oui ☐ Non
- Mon médecin traitant est dépositaire de mes directives anticipées :
☐ Oui ☐ Non
- J'ai fait part de mes directives anticipées à ma personne de confiance :
☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :
☐ Oui ☐ Non

Fait à, le / /

Signature du patient :

Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter vos directives anticipées dans la rubrique "Entourage et Volontés" de Mon Espace Santé.

CONSENTEMENT PATIENT POUR L'ACCÈS AUX DONNÉES MÉDICALES

Concernant l'accès à votre dossier et/ou la transmission d'informations sur votre santé :

- Les professionnels de santé (médecins de la clinique, médecin traitant ou spécialistes désignés par vous) peuvent échanger des informations nécessaires à la continuité de votre prise en charge.
☐ J'accepte ☐ Je refuse
- Si vous refusez cette communication à tout ou à une partie de ces professionnels, précisez :
Nom : Qualité :
Nom : Qualité :
- Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises :
☐ à mes ayant droits en cas de décès
☐ aux titulaires de l'autorité parentale (pour les patients mineurs)
☐ à du personnel habilité dans le cadre de contrôle visant à améliorer la qualité de la prise en charge

Vous pouvez revenir sur ce(s) choix à tout moment.

Fait à, le / /

Signature du patient :

Dans le cadre de votre venue dans notre établissement, vos données à caractère personnel, d'identification et de santé, vont faire l'objet d'une collecte et d'un traitement.

Conformément à l'article 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 (« Informatique et Liberté ») et au Règlement Européen Général 2016/79 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données que nous collectons, à tout moment.

Pour exercer vos droits ou pour toute question concernant la politique de protection des données à caractère personnel du GHM de , vous pouvez adresser une demande : dpo@ghm-grenoble.fr

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – CNIL – autorité française de protection des données personnelles, sur <https://www.cnil.fr>.