Dossier de préadmission

Avant votre hospitalisation :

Remplir :

- Fiche de préadmission
- Formulaire de chambre individuelle

Joindre une copie de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport ou, pour un enfant mineur, livret de famille).
- Votre carte de mutuelle

TOUS CES DOCUMENTS SONT A ENVOYER 48h AVANT VOTRE HOSPITALISATION SOIT par :

- **le site ESPRI rubrique Admissions**
.**https://espri.sante-ara.fr/** -

- **le Portail Patient ESPRI**

- **le QR code**

Fiche de préadmission

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone domicile : .....
Téléphone portable : .....
Adresse e-mail : .....
Acceptez-vous de recevoir des SMS concernant les formalités administratives liées à votre séjour ?
☐ Oui ☐ Non

Situation familiale :
☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Vivant maritalement
☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Autre : .....

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PREVENIR :

1° Lien de parenté : …… Date de naissance : ……
Nom et Prénom : ……
Adresse : ……
Téléphone domicile : …… Téléphone portable : ……

2° Lien de parenté : …… Date de naissance : ……
Nom et Prénom : ……
Adresse : ……
Téléphone domicile : …… Téléphone portable : ……

CONFIDENTIALITE :

Souhaitez-vous autoriser les visites et pouvoir être joint(e) dans votre chambre par l'extérieur ?

☐ OUI ☐ NON

FORMULAIRE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

☐ Déclare avoir été informé(e) du tarif de la chambre individuelle de 60€ par jour.
La chambre individuelle est attribuée en fonction des disponibilités du service, des impératifs médicaux : elle ne peut être garantie

☐ Oui, j'atteste demander ou consentir au placement en chambre individuelle :

☐ Je ne souhaite pas bénéficier d'une chambre individuelle.

Conditions financières *:*
Les bénéficiaires de la CMU complémentaire, d'Aide Médicale Etat devront prendre en charge à titre personnel le forfait lié à la chambre individuelle.

En aucun cas, il n'est pris en charge par la Sécurité Sociale.

L'établissement peut effectuer une demande de prise en charge auprès de votre mutuelle pour votre hospitalisation.

Fait à Givors, le…….
Signature du patient ou du représentant légal

INFORMATION SUR LES BIENS ET VALEURS

Réf. : CHG-DU-2022-0028. Mars 2024
Cf. Protocole : CHG-PR-2021-0019

En référence au Code de la Santé Publique, article L.1113-1 à L.1113-10, concernant la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôt de ces biens.

Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chéquiers, cartes de crédit, bijoux et objets précieux et autres biens mobiliers (objets d'usage courant, papiers d'identité, clefs…) peuvent être déposés dans le coffre de l'hôpital. Toutefois, nous vous invitons à les rendre à votre famille ou à votre entourage.

En aucun cas, le dépôt de valeur n'est obligatoire. Il est toutefois vivement recommandé.

La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que pour les objets ayant été déposés au coffre du bureau des admissions.

Les objets déposés dans le coffre peuvent être retirés pendant les heures d'ouverture du bureau des admissions (de 8H à 18H).

Tout objet non réclamé ou abandonné par le patient est systématiquement transféré au trésor public (sauf les objets divers).

Les agents du bureau des admissions se tiennent à votre disposition pour toutes précisions complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Les objets et valeurs déposés dans le coffre de la chambre sont sous votre entière responsabilité.

Le Directeur

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art. L. 1111-4, et L. 1111-5

INFORMATION SUR LES BIENS ET VALEURS

Réf. : CHG-DU-2022-0027. Mars 2024
Cf. Protocole : CHG-PR-2021-0019

Madame, Monsieur,

A l'occasion de votre hospitalisation, nous vous conseillons d'apporter et de conserver avec vous le moins d'objets possible, s'ils ne sont pas utiles à vos soins ou aux besoins immédiats de votre séjour.

L'hôpital est organisé pour vous assurer les meilleurs soins. Le personnel soignant ne sera pas en mesure à tout moment de veiller sur vos affaires.

Attention : les vols peuvent exister à l'hôpital !

Pour limiter ce risque, nous vous conseillons les mesures de protection suivantes :

- Evitez d'amener ou de garder avec vous des objets précieux, des affaires encombrantes ou de l'argent liquide.
- Si vous êtes venu(e) avec des objets de valeur, il vous est vivement recommandé de les déposer auprès de la régie de l'hôpital (bureau des admissions)
- Dans chaque chambre un coffre dont l'utilisation vous sera expliquée est à disposition

Nous vous précisons que les téléphones et ordinateurs portables ne peuvent être déposés auprès de l'hôpital et qu'il vous revient d'en assurer vous-même la protection.

Il vous est demandé, conformément à la réglementation, de bien vouloir signer l'attestation ci-dessous, certifiant que vous avez reçu les informations qui précèdent.

ATTESTATION :

Je soussigné(e)……certifie avoir été informé(e) des dispositions générales du Code de la Santé Publique, article L.1113-1 à L.1113-10, concernant la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies

Le : Signature,

LA PERSONNE DE CONFIANCE : SES MISSIONS

(HAS – Avril 2016 – La personne de confiance)

LORSQUE VOUS POUVEZ EXPRIMER VOTRE VOLONTE
elle a une mission d'accompagnement

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- • Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos **directives anticipées** si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un **devoir de confidentialité** concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

SI VOUS NE POUVEZ PLUS EXPRIMER VOTRE VOLONTE
elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale

La personne de confiance sera la personne **consultée en priorité** par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre **porte-parole** pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches…).

Si vous avez rédigé **vos directives anticipées**, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut **faire le lien avec votre famille** ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés. Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : la décision appartient au médecin et sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention :

- La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- Sa mission ne concerne que votre santé

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La notion de « personne de confiance » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé Publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades

A REMPLIR PAR VOS SOINS ET A REMETTRE DANS LE SERVICE

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....
E-Mail : .....

Je ne souhaite 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 et de la possibilité d'effectuer une désignation ultérieurement. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant ce document. »

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

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....
Adresse : .....
Téléphone : ..... E-Mail : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ *un proche* ☐ *un parent* ☐ *mon médecin traitant*

J'ai rédigé mes directives anticipées : ☐ oui ☐ non

La personne de confiance est informée de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ oui ☐ non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement (merci de demander l'imprimé spécifique au cadre de santé).

Signature du résident : **Signature de la personne désignée* :**

Fait à....., le ..... Fait à....., le .....

☐ **Ne peut désigner la personne de confiance**

☐ Impossibilité physique d'écrire seul(e) (1) ☐ trouble cognitif (2)

**Signature recommandée. La personne de confiance sera informée par mes soins de cette désignation à laquelle il/elle aura donné son accord.*

(1) Document spécifique à faire remplir par 2 témoins

(2) Si un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle, pour les actes relatifs à la personne, l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué, est requise. En cas de désignation antérieure à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.