

PRÉADMISSION FORMULAIRE INFORMATIONS PERSONNELLES



A compléter et à remettre lors de votre préadmission au plus tard une semaine avant votre hospitalisation.

Si vous n'avez pas la possibilité d'attendre, prenez rendez-vous en ligne sur **Doctolib** :

En tapant « Pré admission – Polyclinique Saint Côme »
Ou en scannant le QR code ci-contre



ÉTIQUETTE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT :

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance : Sexe : F M
N° d'identification :

IDENTIFICATION DU PATIENT (en majuscule) :

MADAME

MONSIEUR

Nom d'usage (Nom que vous utilisez dans la vie courante) :

Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le : / / à

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / / Portable : / / / /

Mail : @

SITUATION FAMILIALE (Célibataire, Mariée...) :

SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE :

- En activité (salarié ou libéral)
- En recherche d'emploi (inscrit à Pôle Emploi)
- Sans activité (au domicile)
- Retraité - Ancienne profession :

PRÉCISION SUR VOTRE PRISE EN CHARGE :

- Vous avez une affection longue durée (ALD) Vous êtes reconnu(e) en « invalidité »
- Vous êtes hospitalisé(e) suite à un accident du travail en date du / /
- Vous êtes hospitalisé(e) suite à un accident causé par un tiers en date du / /

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT DE SÉROLOGIE :

Je (nous), soussigné(e)(s), autorise(ons) l'établissement à prélever les sérologies (HIV, HVB, HVC) en cas d'accident d'exposition au sang par les professionnels de santé.

AUTORISATION D'OPÉRATION ET DE SOINS LIÉS A L'HOSPITALISATION :

Je (nous), soussigné(e)(s), autorise(ons) le praticien à pratiquer l'acte qu'il a proposé au préalable sur :

- Moi-même
- Mon enfant (nom/prénom) :
- La personne dont je suis le tuteur (nom/prénom) :

(SIGNATURE AU VERSO)

ÊTES-VOUS SOUS TUTELLE/CURATELLE ? Non Oui Sous tutelle Oui Sous curatelle

Si oui, coordonnées du tuteur :

 **Pour les cas particuliers : Merci de nous fournir les éléments justificatifs (Jugement tutelle, autorisation parentale, livret de famille et pièces d'identité des deux parents pour les enfants mineurs).**

Les enfants jusque 15 ans et 3 mois doivent obligatoirement être accompagnés durant l'hospitalisation.

Vous avez la possibilité de désigner :

- Une **personne à prévenir** : pour tout besoin logistique
- Une **personne de confiance** (qui peut être différente) : il s'agit d'une personne majeure, proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cette personne pourra, si vous le souhaitez, **vous aider dans vos démarches à accomplir et assister à vos entretiens** afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

PERSONNE À PRÉVENIR POUR LE RETOUR A DOMICILE :

NOM : Tél Domicile :
Prénom : Tél Portable :
Lien relationnel : Tél Professionnel :
Téléphone obligatoire pour la chirurgie ambulatoire

Transport (pour le retour) *: Personnel * Taxi ** VSL ** Ambulance **

*HOSPITALISATION EN **AMBULATOIRE** : pour rappel vous devez être accompagné pour votre retour.

** Transport à organiser par vos soins

PERSONNE DE CONFIANCE (Article L1111-6 du Code de la Santé Publique) :

Merci de bien vouloir prévenir la personne de votre choix de sa désignation comme « personne de confiance »

Cochez l'une des 3 cases

- Je désigne la même personne que celle à prévenir
- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Je désigne une autre personne dont je précise ci-dessous les coordonnées :

NOM : Tél Domicile :
Prénom : Tél Portable :
Lien relationnel : Tél Professionnel :

DIRECTIVES ANTICIPÉES :

Avez-vous rédigé vos directives anticipées * ? Oui Non

* Pour plus d'informations sur les Directives Anticipées, se référer à l'onglet «PATIENTS, ACCOMPAGNANTS, VOS DROITS...» situé dans le volet intérieur de cette pochette d'accueil.

OBJET DE VALEUR :

J'atteste avoir pris connaissance que l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objet de valeur (possibilité d'utilisation des coffres dans les chambres et/ou coffre de l'établissement) pendant mon hospitalisation.

HOSPITALISATION/INTERVENTION :

Libellé de l'hospitalisation/intervention :

Le : / /



Signature du patient

Pour les mineurs :
Signature Obligatoire du Père
Et de la Mère

Pour les patients sous tutelle :
Signature du tuteur