

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'admission à la clinique du Relais pour une hospitalisation complète de 6 semaines.

Voici Les éléments que doit comporter votre dossier :

- Une partie médicale remplie par le médecin, à nous retourner accompagnée d'une prescription médicale pour la cure (voir ci-dessous)
  - Une copie de la dernière ordonnance si traitement en cours
- Une partie remplie par le patient, à nous retourner avec les éléments suivants :
  - Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
  - Une photocopie de votre attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité à la date de l'hospitalisation
  - Une photocopie de votre carte mutuelle recto-verso ou de votre attestation CSS en cours de validité à la date de l'hospitalisation

En cas de transfert d'un autre établissement de santé, il vous sera demandé un **bulletin d'hospitalisation**.

A réception, votre dossier sera examiné par notre commission médicale. Après validation du dossier, le secrétariat vous contactera pour envisager une date d'admission.

**IMPORTANT** : Votre médecin devra établir un certificat médical de demande de séjour en double exemplaire dont l'original devra être adressé à votre caisse et la copie jointe à ce dossier ainsi qu'un arrêt de travail, si vous en avez besoin (la Clinique, en sa qualité d'établissement de santé, ne vous délivrera qu'un bulletin de situation).

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom de naissance :	Prénom :
Nom utilisé :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	
Profession :	
Si sans profession : <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> RSA	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	

### Personnes à prévenir en cas de besoin

Nom :	Prénom :
Lien avec le patient (parent, proche, Médecin traitant...) :	
Téléphone :	Mail :
Adresse postale :	

### Couverture Sociale

Caisse d'Assurance Maladie	
Numéro de Sécurité Sociale	
Adresse de votre caisse	

Etes-vous bénéficiaire : <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Invalidité
Mutuelle :
Numéro d'adhérent :
Adresse :
Téléphone :

## La prise en charge de vos frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation et des honoraires) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CSS), à défaut ils resteront à votre charge.

La clinique dispose de chambres particulières et la distribution des chambres se fait en fonction des disponibilités et de la validité de votre prise en charge. Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'attribution de la chambre particulière se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés. Nous vous conseillons de les contacter au plus tôt pour obtenir ces informations (à savoir : notre code DMT est le 518), et de nous les retourner.

**Si vous ne bénéficiez pas de prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre particulière sera à votre charge : à partir de 50 €/nuit.**

*La CSS ne couvre jamais la chambre particulière.*

Je demande à bénéficier d'une chambre particulière, le supplément sera pris en charge :

☐ Par ma mutuelle ☐ Par moi-même

*Je m'engage, dans le cas où ma mutuelle ne les prendrait pas en compte, à régler le montant du forfait journalier et/ou ticket modérateur et/ou supplément chambre particulière pour toute la durée de mon séjour à la clinique du Relais.*

Date :

Nom Prénom :

Signature :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir par le patient)

*Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible. Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.*

Quelle est la motivation de votre demande de soins ?

---

---

---

---

---

---

Considérez-vous d'être suffisamment informé sur le projet thérapeutique de la Clinique du Relais ?

☐ oui ☐ non

*Sinon, rapprochez-vous du médecin qui remplira votre dossier médical d'admission ou bien des praticiens qui vous ont orienté vers nous.*

Acceptez-vous de signer un Engagement Thérapeutique et une durée de soins de 43 jours ?

☐ oui ☐ non

Etes-vous en difficulté avec votre alimentation ?

☐ oui ☐ non

Si oui, merci de préciser :

Suivez-vous un régime particulier ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous consommé du cannabis ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Où en est votre consommation actuelle de cannabis ?	
Avez-vous pris d'autres substances psychoactives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquelles ?	
Si oui, où en êtes-vous de votre consommation de Substances psychoactives ?	
Consommez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quelle est votre consommation actuelle ?	
Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?	
Avez-vous fait des tentatives de suicide ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous actuellement des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Quelles autres informations souhaitez-vous nous communiquer ? (Il vous est également possible de nous adresser une lettre de motivation)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Fiche de situation sociale (à remplir par le patient) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? ☐ oui ☐ non

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie et/ou d'une complémentaire (CPAM, MSA, RSI, EDF/PTT) ? ☐ oui ☐ non

Vivez-vous en couple ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous propriétaire de votre logement ? ☐ oui ☐ non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières (alimentation, logement, EDF, ...) ? ☐ oui ☐ non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ? ☐ oui ☐ non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? ☐ oui ☐ non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ☐ oui ☐ non

### Ressources financières

Avez-vous une activité professionnelle ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous des ressources mensuelles ? ☐ oui ☐ non

Votre situation est-elle à jour ? ☐ oui ☐ non

## Dossier Médical (à remplir par le médecin)

### Identification du patient :

Nom de naissance :	Prénom :
Nom utilisé :	Date de naissance :

### Identification du médecin adresseur :

Nom :	
Prénom :	
Fonction :	
(cachet)	
Adresse :	
CP :	Ville :
Tél :	Mail (Messagerie de Santé Sécurisée) :

Etes-vous le médecin traitant du patient ? ☐ oui ☐ non

Etes-vous le spécialiste qui le suit ? ☐ oui ☐ non

### Conduites addictives actuelles :

Alcool	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Tabac
--------	----------	---------	---------	-------

Addiction médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui quel(s) médicament(s) ?	
Addiction à d'autres produits ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui lequel ou lesquels ?	

Addiction aux jeux (argent ou vidéos) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement de substitution aux opiacés ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui lequel ?	
Y a-t-il mésusage ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

De quel(s) produit(s) veut se sevrer le patient ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

La demande de cure émane

☐ du patient    ☐ de son entourage    ☐ d'une proposition médicale    ☐ de la justice

Histoire de l'addiction

☐ début à l'adolescence     
 ☐ début à l'âge adulte     
 ☐ début il y a moins de 5 ans     
 ☐ début il y a plus de 10 ans

Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisations <12j) ☐ oui ☐ non  
ou des sevrages ambulatoires ?

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisations >21j) ? ☐ oui ☐ non

Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé ? Quel type ?

☐ Psychiatre     
 ☐ Addictologue     
 ☐ Association d'entraide



## Répercussions de l'addiction :

### Physiques :

Délirium tremens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Coma éthylique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Convulsions	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas

Familiales :	
Sociales :	
Professionnelles :	

### Conséquences médico-légales :

Retrait ou annulation du permis de conduire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Violence à personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Obligation de soin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Condamnation actuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Jugement à venir	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas

### Antécédents psychiatriques :

<input type="checkbox"/> Etat de stress post traumatique	<input type="checkbox"/> Dépressions récurrentes sans alcool	<input type="checkbox"/> Tentative d'autolyse sans alcool
<input type="checkbox"/> Troubles bipolaires	<input type="checkbox"/> Ivresses pathologiques	<input type="checkbox"/> Psychose chronique
<input type="checkbox"/> Troubles anxieux	<input type="checkbox"/> Episodes psychotiques pharmaco-induits	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement alimentaire
<input type="checkbox"/> Dépressions récurrentes sous emprise d'alcool	<input type="checkbox"/> Tentative d'autolyse sous emprise d'alcool	<input type="checkbox"/> Hospitalisation en psychiatrie
<b>Situation psychique actuelle :</b> <input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> instable		

### Antécédents somatiques :

Médicaux :	
Chirurgicaux :	
Le patient présente-t-il une insuffisance hépatique sévère ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Existe-t-il une altération cognitive sévère ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Des troubles graves de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient nécessite-t-il de L'O2 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### Alimentation :

Le patient présente-t-il un état de dénutrition ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient a-t-il des allergies alimentaires ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, la ou lesquelles ?	
Le patient a-t-il des besoins alimentaires particuliers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hypercalorique <input type="checkbox"/> Autres :	
Le patient a-t-il besoin d'une texture spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Moulinée <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Mixée lisse <input type="checkbox"/> Autres :	

A noter que pour tout régime alimentaire particulier, le patient doit se présenter avec la prescription médicale du régime alimentaire en question lors de son arrivée à la clinique. Si ce n'est pas le cas, le régime alimentaire ne pourra pas être mis en place.

### Autonomie du patient :

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient est-il capable de monter un escalier ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient est-il capable de comprendre et de parler le français sans difficulté ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lequel et est-il sévère ou modéré ?	

### Logement :

Un Logement ou un hébergement est-il prévu à la sortie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> chez lui <input type="checkbox"/> dans sa famille <input type="checkbox"/> dans un foyer <input type="checkbox"/> aucun logement à sa sortie <input type="checkbox"/> autre	

### Mesure de protection :

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure protection :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle
Coordonnées de la Tutelle ou de la Curatelle : Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : Mail :	

Commentaires :

Date :

Nom du praticien :

Signature :

**Merci de joindre une copie de l'ordonnance en cours**

## La règle thérapeutique

La règle thérapeutique vous est présentée au deuxième jour de votre présence dans l'établissement en réunion de groupe.

Il s'agit des consignes que nous vous demandons de respecter pendant les 6 semaines de votre prise en charge. Ces règles découlent du projet médical de L'établissement.

Elles peuvent être résumées en 6 points, qui vous seront développés pendant cette réunion.

Vous devez :

1. S'abstenir de toute prise d'alcool, de drogue ou de médicament détourné de son usage. Vous ne devez pas consommer de CBD ou de bières sans alcool.
2. Respecter l'organisation des soins et participer à tous les temps programmés tant en entretiens individuels qu'en travail de groupe.
3. Respecter les règles du vivre ensemble. En effet, aucune démarche thérapeutique sérieuse ne peut être entreprise sans attention et respect portés à l'autre.
4. Respecter les règles d'écoute et de parole qui vous sont présentées dans chaque groupe.
5. Garder en mémoire que les discussions entre vous (dont nous reconnaissons l'importance) sont complémentaires aux temps de parole, de rencontre et d'échanges avec les professionnels formés à ces pratiques.
6. L'expérience montre que votre séjour thérapeutique n'est pas propice aux rencontres amoureuses. Ainsi, nous vous invitons à privilégier le travail de réflexion et d'analyse de ce que vous avez vécu jusqu'ici.

Aucune de ces règles n'est portée par une considération morale. Elles sont fondées sur une logique de soins et visent à favoriser le processus qui vous permettra d'atteindre vos objectifs thérapeutiques.

## REGLEMENT INTERIEUR PATIENT

### Admission

Dès votre arrivée à la Clinique du Relais, veuillez-vous présenter au Secrétariat. Par mesure de sécurité un inventaire de vos bagages sera effectué. Tout objet susceptible de représenter un danger sera retiré jusqu'à votre départ. Veillez à prendre une quantité raisonnable d'affaires.

### Repas

La présence aux repas est obligatoire (sauf lors de sorties autorisées). Vous n'êtes pas autorisés à stocker des denrées périssables dans vos chambres.

### Chambres

Pour vivre dans une chambre agréable, vous veillerez à ce qu'elle soit propre et à ce que votre lit soit fait chaque jour (matériel d'entretien à disposition).

### Repos-coucher

Notre établissement devant être un lieu de calme et de sérénité, il vous est demandé d'éviter les conversations bruyantes.

Pour le repos de tous, veuillez respecter le silence à partir de 22h00.

Interdiction d'être dans une chambre autre que la vôtre entre 22h00 et 7h00.

### Téléphone

Vous pourrez être appelé en dehors des heures d'activités et plus facilement au moment des repas. L'usage du portable est autorisé en dehors des activités de soins.

### Dépôt d'argent et objets de valeur

Un coffre est à votre disposition à l'infirmerie pour déposer l'argent, les objets de valeur que vous ne désirez pas garder dans votre chambre. En chambre double vous disposez de coffre. Vous gardez les clés de votre chambre pendant le séjour, à vous de fermer la porte de votre chambre à clé en votre absence.

En l'absence de cette formalité, la direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

## Véhicule

Des places de stationnement sont disponibles au sein de la clinique (parking en face de la structure). Ce parking n'étant pas surveillé, la Direction de la Clinique décline toute responsabilité pour tous dommages éventuels causés à ce véhicule tout au long de votre séjour.

Les clés et doubles de clés sont à déposer au bureau des infirmiers. Vous pourrez utiliser votre véhicule durant le séjour pendant vos sorties si l'éthylotest est négatif. Les clés vous seront remis définitivement le jour de votre départ.

## Médicaments

Remettez vos médicaments **non déblistérés** et ordonnances au personnel soignant dès votre arrivée. Durant votre séjour, les médecins de l'établissement sont responsables de votre traitement.

Concernant les traitements de substitution oraux, et les médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants, vous devrez présenter la quantité de traitement correspondante à votre ordonnance en cours, qui vous sera restituée en fin de séjour. Seul le personnel infirmier est habilité à vous administrer les médicaments.






## Tabac et e-cigarette

En application de la loi de janvier 1991 (Loi Evin) et du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, et de la circulaire du 8 décembre 2006, il est strictement interdit de fumer et /ou de vapoter dans les lieux à usage collectif (votre chambre et l'ensemble des locaux de l'établissement). De même, l'e-cigarette n'est pas autorisée dans les locaux (ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016-art.1).

## Consignes de sécurité incendie

L'établissement veille à votre sécurité tout au long de votre séjour. Malgré notre vigilance, le risque d'incendie est présent.

En conséquence, nous vous demandons de respecter les consignes suivantes :

-  Signalez toute anomalie (odeurs, bruits) auprès de l'équipe
-  L'utilisation de bougies ou autres produits inflammables
-  Respectez l'interdiction de fumer dans les locaux
-  L'usage d'appareils électriques ménagers n'est pas autorisé dans les chambres
-  Ne rien poser sur les radiateurs

- ✿ En cas d'incendie, gardez votre calme et prévenez immédiatement le personnel de service.
- ✿ Il est interdit d'utiliser des multiprises (prescription de la Commission sécurité du 16.03.2017).
- ✿ L'utilisation de la rallonge simple est autorisée
- ✿ Il est interdit de mettre du linge sur les luminaires tête de lit.
- ✿ L'utilisation de la console de jeux n'est pas autorisée dans la structure

#### Cas de rupture de contrat de soins

##### Général :

Sont interdites dans l'établissement et font l'objet d'un arrêt de contrat pour non-respect du règlement intérieur :

- ✿ La détention, l'introduction ou la consommation de toutes boissons alcoolisées de produits illicites, de médicaments ou d'objets dangereux. De ce fait la Direction se réserve le droit d'inventorier à tout moment les chambres, de même qu'à effectuer des prélèvements de contrôle (éthylotests etc.)
- ✿ La violence verbale ou physique, selon Droit pénal : Loi du 18 mars 2003 (correctionnalisation de toutes les violences commises à l'encontre des personnels de santé), loi du 5 mars 2007 (aggravation des peines) - (Cf. art 433-3 du Code pénal)
- ✿ La sortie du centre sans autorisation signée.
- ✿ La consommation de tabac ou vapotage dans les locaux.
- ✿ Consommation de bières sans alcool et CBD.
- ✿ Tout acte de commerce divers, le prêt d'argent et toutes vente d'objets personnels sont interdits entre patients.

##### Focus reconsommation :

En cas de 1ère reconsommation, une « mise à l'abri » sera appliquée (à savoir pas de sorties autorisées la semaine et Week end suivant cette consommation).

En cas de 2nde reconsommation avérée nous mettrons fin au contrat thérapeutique.

### Tenue vestimentaire

Elle doit être convenable. N'oubliez pas de porter vos affaires de toilette et serviettes. Une machine à laver et un sèche-linge sont à votre disposition (3,00 euros par lavage avec la lessive).

### Visites

La visite de vos proches peut avoir lieu à compter de la deuxième semaine, elle doit avoir lieu au sein des espaces communs, non dans les chambres. Vos proches ne pourront pas se restaurer sur place. Les visites à l'extérieur de Caillac sont possibles à partir de la 2ème semaine après validation de l'autorisation de sortie dans le respect des règles fixées.

### Païement

Vous devez vous acquitter de la part des frais de séjour et des honoraires médicaux qui vous incombent, ainsi que des suppléments divers que vous avez demandés.

Une caution de 50 euros vous sera demandée ainsi que 10 euros en cas de perte de la clé de la chambre. La caution vous sera restituée lors de votre sortie suite à l'état des lieux.

### Réclamations

En cas de contestation, de réclamation, vous ou vos proches peuvent se rapprocher de la responsable des Soins (prise de rendez-vous auprès de l'équipe paramédicale) qui vous présentera la marche à suivre. Vous pouvez également solliciter le médiateur à la consommation.

### Respect de la vie privée

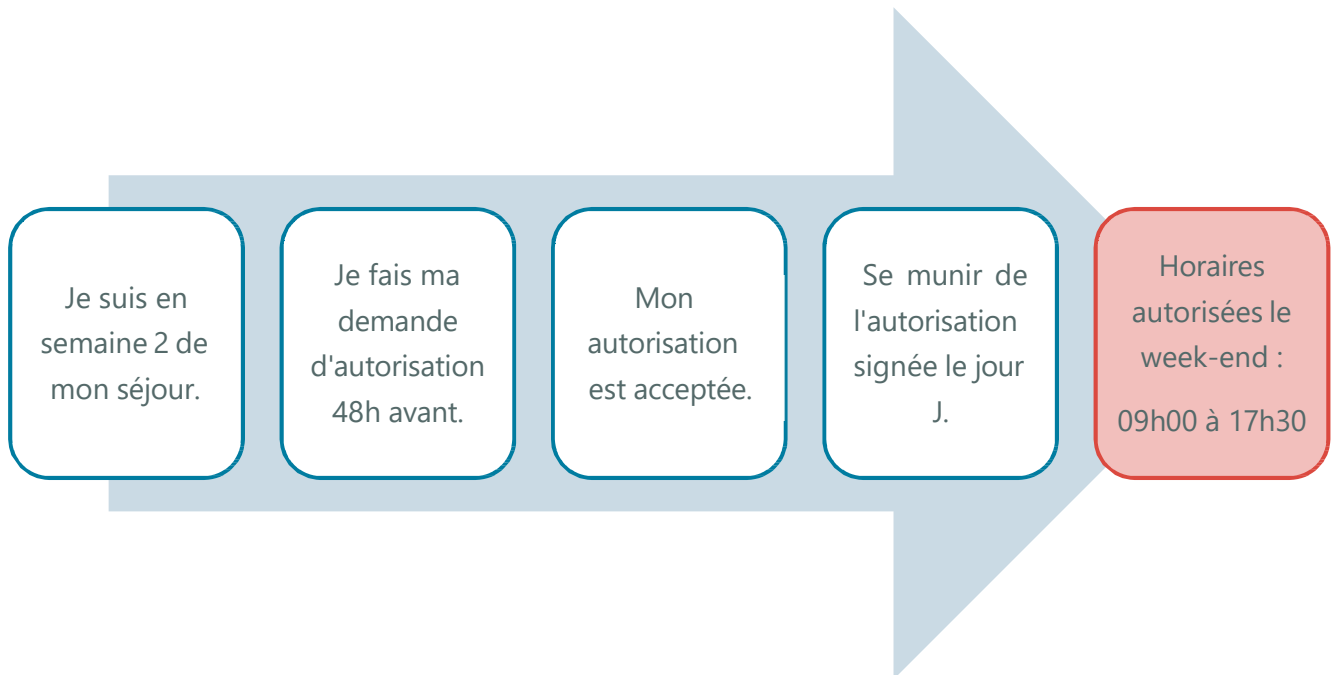
Les articles 226-1 à 226-8 du Code civil précisent que "tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image". En vertu de ces dispositions, il va de soi que la prise de vue, la publication ou la reproduction d'une image (photographie ou vidéo) sur laquelle une personne est facilement reconnaissable n'est autorisée qu'avec son consentement préalable, et ce, que l'image soit préjudiciable ou non.

### Liberté du patient

Aucune contention n'est pratiquée au sein de la structure.



## Sorties



Pour les sorties dans le bourg de Caillac, une demande est aussi exigée, vous devez inscrire **l'heure de sortie et l'heure de retour** dans le classeur prévu à cet effet devant l'infirmerie. Les demandes de sorties en semaine restent exceptionnelles (hors du secteur Caillac) et doivent être anticipées pour le week-end.

Présence d'un lac de pêche à proximité de la clinique, et d'une rivière. Il est strictement interdit de vous baigner lors de vos sorties. Nous déclinons toutes responsabilités en cas de non- respect.

Rappel : Vous pourrez utiliser votre véhicule personnel lors des autorisations de sortie après avoir effectué un éthylotest avec les infirmiers.

Nous vous remercions de l'attention apportée à ce règlement, que vous êtes tenu de respecter tout au long de votre séjour.

La Direction et l'ensemble de l'équipe vous souhaitant un agréable séjour et demeurent à votre entière disposition pour de plus amples renseignements.

Signature Patient :

---

Signature Direction :

---

Date :

---



### LA PERSONNE DE CONFIANCE

Tout patient majeur (à l'exception du majeur sous tutelle\*) peut désigner une personne de confiance. **Il ne peut n'y en avoir qu'une.**

#### A savoir :



Cette désignation se fait par écrit lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation sur le formulaire prévu à cet effet au verso de cette page.



La personne de confiance est désignée pour la durée de votre séjour. Vous pouvez changer de personne de confiance à tout moment par écrit, se référer au service des admissions.



\* En cas de tutelle ?

La désignation se fait uniquement avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille (si constitué).



#### Le rôle de la personne de confiance :

Si vous êtes en capacité de vous exprimer, votre personne de confiance peut avoir une mission d'accompagnement à vos côtés. Si vous le souhaitez, elle peut :



- Vous soutenir dans votre cheminement personnel, vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;



- Assister en votre présence aux consultations ou aux entretiens médicaux ;



- Prendre connaissance en votre présence d'éléments de votre dossier médical. Elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer les informations sans votre accord (devoir de confidentialité).



**La personne de confiance ne se substitue pas à vous.** Si du fait de votre état de santé, vous êtes en incapacité d'exprimer votre volonté ou de recevoir des informations concernant votre santé, l'équipe médicale consultera en premier votre personne de confiance.



L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté. C'est pourquoi il est important de désigner une personne qui sera capable d'indiquer vos souhaits le moment venu.

La personne désignée doit donner son accord et signer le formulaire de désignation de la personne de confiance.



Une personne peut refuser d'être la personne de confiance.



### LES PERSONNES À PRÉVENIR

Il peut y en avoir une ou plusieurs :

- **Elle n'a pas accès aux informations médicales** vous concernant ;
- **Elle ne participe pas aux décisions médicales ;**
- **Elle est contactée par l'équipe soignante en cas d'événements particuliers** au cours de l'hospitalisation d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement, fin du séjour...) ;
- Il est fortement recommandé de désigner une personne à prévenir ;
- Afin de désigner une ou plusieurs personnes à prévenir, **remplissez le formulaire de désignation des personnes à prévenir** (page 3).



**La personne de confiance et les personnes à prévenir doivent obligatoirement être majeurs.**

## 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 utilisé : .....

Prénom(s) de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : ..... @mail : .....

### FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

#### ☐ Je souhaite désigner comme personne de confiance

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance : ..... Nom utilisé : .....

Prénom(s) de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone(s) : ..... @mail : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

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

#### ☐ 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, en remplissant la fiche de désignation.

- 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**, en remplissant la fiche de désignation.
- La personne de confiance est en **droit de refuser cette désignation.**

Fait à  
Le  
Signature du patient

Fait à  
Le  
Cosignature personne de confiance

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE OU DES PERSONNES À PRÉVENIR

Nom de naissance : .....  
Nom utilisé : .....  
Prénom(s) de naissance : .....  
Date de naissance : .....

### DÉSIGNATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À PRÉVENIR

☐ Je souhaite désigner une ou des personne(s) à prévenir\*

\*J'accepte que la clinique prenne contact, si cela est nécessaire avec les personnes de mon entourage dont voici les coordonnées :

	PERSONNE 1	PERSONNE 2	PERSONNE 3
NOM			
PRÉNOM			
LIEN			
TÉLÉPHONE(S)			



- J'ai été informé(e) que la personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales me concernant ;
- **Elle ne participe pas aux décisions médicales ;**
- **Elle est contactée par l'équipe soignante en cas d'évènements particuliers ;**
- **Votre personne de confiance peut aussi être désignée comme personne à prévenir ;**
- Il n'est pas obligatoire d'en désigner une mais **recommandé.**

Fait à  
Le  
Signature du patient





**Il s'agit d'une déclaration écrite.** Si un jour votre état de santé ne vous permet plus de vous exprimer, vos directives anticipées permettront aux équipes médicales responsables de votre prise en charge, de connaître vos souhaits en matière de traitements et de soins médicaux. Elles vous permettent de garder le contrôle de vos soins de santé, même dans des situations où vous ne pouvez pas communiquer vos préférences.



### COMMENT ÇA MARCHE ?



#### QUAND PEUT-ON LES ÉCRIRE ?

L'objectif des directives anticipées est de communiquer à l'avance vos préférences. Vous pouvez donc les rédiger quand vous voulez, que vous soyez malade, ou non.



#### COMMENT LES RÉDIGER ?

Vous pouvez les écrire sur un simple papier ou sur le formulaire accessible sur [sante.gouv.fr](https://sante.gouv.fr)



### AVEC QUI EN PARLER ?

#### POUR DEMANDER DES CONSEILS :



Les professionnels de santé



Votre personne de confiance, vos proches...



Des associations de patients

#### POUR INFORMER DE L'EXISTENCE DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ET DE COMMENT Y ACCÉDER :



Votre médecin



Votre personne de confiance, vos proches...

## QUE PEUT-ON INDIQUER DANS LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous avez le droit de décider des éléments que vous souhaitez y inclure. Cela peut concerner :



L'assistance respiratoire



L'acharnement thérapeutique



La réanimation



Autres (alimentation, hydratation, préférence de traitements...)

Vous pouvez également y préciser vos souhaits non médicaux et vos croyances.



Pour plus d'informations, vous pouvez regarder la courte vidéo accessible depuis le QR ci-dessous :



### COMMENT LES CONSERVER ?



Dans votre dossier médical partagé, en vous connectant à [monespacesante.fr](https://monespacesante.fr)



En les confiant à votre médecin



En les gardant avec vous, en informant vos proches de comment y accéder



### ATTENTION

#### LORS DE CHAQUE HOSPITALISATION

Il est important d'informer l'établissement responsable de votre prise en charge de l'existence, ou non, de vos directives anticipées, et de comment y accéder

## COMMUNICATION DES INFORMATIONS CONCERNANT VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES



**La confidentialité est essentielle concernant vos directives anticipées :** Vous n'êtes pas obligé de les partager avec qui que ce soit, sauf si vous le souhaitez. Si vous décidez de partager vos DA avec nos équipes, soyez assuré qu'elles seront traitées avec la plus grande discrétion et respect.

**ET PENDANT VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE ?**

La communication de vos directives à la clinique n'est pas obligatoire, néanmoins, il est important que nous sachions si vous avez rédigé, ou non, vos directives anticipées et que nous puissions y accéder si nécessaire. Si vous ne souhaitez pas partager vos directives anticipées, cela ne compromet en rien la qualité de vos soins et celle de votre séjour. Cependant, cela peut aider à s'assurer que vos préférences sont prises en compte.

**Merci de remplir ce formulaire et de le retourner par mail à la clinique, ou de le remettre à l'agent qui vous accueillera le jour de votre admission.**

**Nom de naissance :** .....

**Prénom de naissance :** .....

**1 Avez-vous rédigé des Directives Anticipées ?**

- ☐ Oui  
☐ Non

**2 Si oui, comment sont-elles accessibles ?**

- ☐ Elles sont accessibles par votre personne de confiance ou un proche  
☐ Elles sont conservées dans un endroit spécifique que nous devons connaître : .....  
☐ Elles ne sont pas accessibles actuellement

**3 Souhaitez-vous en discuter avec un professionnel de santé pendant votre séjour ?**

- ☐ Oui  
☐ Non

Durant votre séjour, vous pourrez en discuter avec votre médecin même après avoir rempli ce formulaire. Il peut aussi vous aider à rédiger les directives anticipées.

**Date :** .....

**Signature :**