

**Livret d'Entrée Patient
ONCOLOGIE AMBULATOIRE
(CHIMIOTHÉRAPIE)**

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

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 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 :
Nom :
Prénom :
Lien avec le patient :
Tél. :

**Signature du représentant
ou tuteur du patient**

**Titulaires de
l'autorité
parentale pour
un patient
mineur**

Articles 371-1, 372,
372-2 du Code Civil /
Articles L.1111-5,
R.1111-2, R.1112-35
du Code de la Santé
Publique

A compléter si le patient est mineur, identification des titulaires de l'autorité parentale :

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Père de l'enfant ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Tuteur ⁽¹⁾ |
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : | Date de naissance : |
| Tél. : | Tél. : | Tél. : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |

Signature

Signature

Signature

**Identification des personnes présentes le jour de l'hospitalisation ou
au moment de la sortie de l'enfant (hors titulaires de l'autorité parentale)**

Nom, prénom⁽³⁾ : Nom, prénom⁽³⁾ :
.....
Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant :
.....
Tél. : Tél. :

**SECURITE : l'établissement
n'autorise pas la sortie d'un
patient mineur sans
accompagnant.**

⁽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.
⁽²⁾ La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).
⁽³⁾ : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'infirmier(e) du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.

| | | | |
|---|---|---|--|
| Transmissions des informations de santé | Je demande <input type="checkbox"/> Je refuse <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> l'établissement à contacter, <u>en cas de nécessité médicale</u> , 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 <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> 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. | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="239 851 973 1008"> <i>Réservé au patient mineur</i> : en qualité de <u>patient hospitalisé mineur</u>, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, je n'autorise pas <input type="checkbox"/> que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale. </td> <td data-bbox="981 851 1508 1008"> Nom de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur </td> </tr> </table> | <i>Réservé au patient mineur</i> : en qualité de <u>patient hospitalisé mineur</u> , et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, je n'autorise pas <input type="checkbox"/> que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale. | Nom de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur |
| <i>Réservé au patient mineur</i> : en qualité de <u>patient hospitalisé mineur</u> , et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, je n'autorise pas <input type="checkbox"/> que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale. | Nom de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur | | |
| Non divulgation de présence | <input type="checkbox"/> 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, <u>en cas de nécessité</u> , 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 | <input type="checkbox"/> Je souhaite désigner une personne de confiance : Nom, prénom : Date et lieu de naissance : Adresse : Tél. : Cette personne, légalement capable, est : <input type="checkbox"/> un proche <input type="checkbox"/> un parent <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="239 1635 973 1758"> <i>Réservé à la personne de confiance</i> : Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance. Fait à le </td> <td data-bbox="981 1635 1508 1758"> Signature de la personne de confiance </td> </tr> </table> | <i>Réservé à la personne de confiance</i> : 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 |
| <i>Réservé à la personne de confiance</i> : 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> , 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 (<i>Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA</i>), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si non, motif : | | |
| Directives anticipées | Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |

INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
TRAITEMENT EN SERVICE D'ONCOLOGIE AMBULATOIRE

Informations données par le Médecin Oncologue concernant votre prise en charge en oncologie ambulatoire

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 Infirmier(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 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 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 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 Praticien responsable du patient | Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé ») | CAS PARTICULIER PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE | |
| | | Nom et signature : père <u>et</u> mère ⁽¹⁾ ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé ») | Nom et signature du majeur sous tutelle |
| | | | |

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 ambulatoire ou lors de mon rendez-vous avec l'infirmier(e) d'Oncologie 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
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentement éclairé : traitement en service d'oncologie ambulatoire
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang

Informations complémentaires en vue de votre intervention :

- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- 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.

Fait à

Le

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

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).