



Ce document nous permettra de gérer les demandes d'accès à votre dossier médical en accord avec les dispositions de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et du décret 2002-637 du 29 avril 2002 selon vos instructions.

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce formulaire, qui sera conservé dans votre dossier.

Vous pouvez modifier ou révoquer vos choix à tout moment.

Vous pouvez solliciter l'aide d'un soignant pour remplir le présent formulaire.

ETIQUETTE PATIENT

1. PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom	
Adresse complète	
Téléphone	

2. IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT

Pour pouvoir communiquer votre dossier médical à votre médecin traitant, il nous faut votre accord écrit. Pour les documents ayant trait à la suite de votre traitement après votre sortie, votre médecin les reçoit directement du praticien de l'hôpital.

Nom - Prénom du médecin traitant	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

- J'autorise l'établissement à lui communiquer mon dossier médical.
- Je n'autorise pas l'établissement à lui communiquer mon dossier médical.

3. DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE

Cette disposition s'applique à vous si vous êtes mineur non émancipé.

Mes parents ou le(s) détenteur(s) de l'autorité parentale s'appellent : _____

En cas de demande :

- J'autorise l'établissement à leur communiquer mon dossier médical.
- Je n'autorise pas l'établissement à leur communiquer mon dossier médical.

4. AYANTS-DROITS

En cas de décès, vous pouvez autoriser ou interdire l'accès à votre dossier médical par vos ayants droits.

- J'autorise l'établissement à communiquer mon dossier médical à mes ayants droits sous réserve des dispositions prévues par la Loi (motivation de la demande).
- Je n'autorise pas l'établissement à communiquer mon dossier médical à mes ayants droits.

5. PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES

La Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 dite « Loi Claeys-Léonetti » impose aux établissements de santé d'interroger chaque personne qu'il prend en charge sur l'existence d'une Personne de Confiance et de Directives Anticipées. Ils doivent également organiser les conditions de recueil de ces informations.

Personne de Confiance

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. »

La désignation de la personne de confiance n'est pas obligatoire. **Il est impératif que la personne désignée signe ce document.** Si vous venez d'être hospitalisé(e), elle peut venir le signer auprès d'un des soignants du service.

 Je désigne ma personne de confiance

Nom - Prénom		<i>Je soussigné(e) NOM, Prénom</i>
Adresse - code postal et ville		<i>Accepte d'être désigné(e) comme personne de confiance pour la durée de l'hospitalisation.</i>
		<i>Date</i>
		<i>Signature</i>
Téléphone		

 Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Directives Anticipées

Les Directives Anticipées indiquent la volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer. Si cela se produit, votre médecin a l'obligation de les rechercher, de les consulter, et de les respecter (sauf non-conformité à la situation médicale ou caractère manifestement inapproprié). Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

 J'ai établi des directives anticipées : oui non

• Si oui :

 J'en donne une copie à l'Hôpital Européen

 Ou je précise l'identité de la personne qui les détient :

Nom - Prénom	Adresse Complète	Téléphone

 Je désire établir des directives anticipées : oui non

• Si oui :

 Je souhaite qu'on me remette un modèle à remplir

 Je souhaite que l'on m'aide dans l'écriture de mes directives anticipées

 Je souhaite de plus amples informations sur les directives anticipées

Je soussigné(e),

Certifie exactes et conformes à ma volonté les instructions écrites ci-dessus.

Fait à Marseille, le Signature :