



Etiquette du patient

Je soussigné(e)

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 de la **Loi du 4 Mars 2002** :

« 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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

Nom et prénom : Lien de parenté ou autre : Tél :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Non interrogeable et absence de documents Aucun

IDENTIFICATION DES PERSONNES A PREVENIR

Nom :	Nom :
Lien de parenté ou autre :	Lien de parenté ou autre :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Tél :	Tél :

J'autorise cette personne à recevoir des informations sur mon état de santé
 Non interrogeable et absence de documents J'autorise cette personne à recevoir des informations sur mon état de santé
 Aucun

Au cours de mon séjour, je serai informé en concertation avec le médecin responsable de ma prise en charge de la stratégie diagnostique et thérapeutique

IDENTIFICATION DES MEDECINS A INFORMER

Je souhaite que des informations concernant mon état de santé soient communiquées :

<input type="checkbox"/> A mon médecin traitant Nom : Spécialité : Adresse : Ville : Tél : <input type="checkbox"/> Non interrogeable et absence de documents	<input type="checkbox"/> Au médecin ci-dessous Nom : Spécialité : Adresse : Ville : Tél : <input type="checkbox"/> Aucun
---	--

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à la procédure de dépôt des valeurs, effets et objets à mon admission et notamment le fait que la responsabilité du CHU de Nice n'est pas engagée en cas de vol, détérioration ou disparition, si je décide de les conserver auprès de moi.

A Nice Le Validation le : Validation le : Validation le :
 Signature :