

# PRÉADMISSION FORMULAIRE INFORMATIONS PERSONNELLES



**À 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, Marié...) :** .....

## **SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE :**

En activité | Profession : .....

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**