

**Livret d'Entrée Patient**  
**GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE**  
**Interruption Médicale de Grossesse (IMG)**

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ POUR LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE.  
DANS LE CAS CONTRAIRE, LA CONSULTATION PRÉ-  
ANESTHÉSIQUE NE POURRA PAS AVOIR LIEU.**

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

Étiquette patient

**Identification  
de la patiente**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Date de l'intervention / Acte : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Adresse mail : .....  
Pharmacie habituelle : .....  
Médecin traitant : .....  
Médecins spécialistes (Gynécologue Obstétricien...) : .....

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance).**

**Représentant  
de la patiente  
ou d'une  
majeure sous  
tutelle**

**A compléter si la patiente est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

**Identification du représentant / tuteur<sup>(1)</sup> de la patiente :**  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec la patiente : .....  
Tél. : .....

**Signature du représentant  
ou tuteur de la patiente**

**Titulaires de  
l'autorité  
parentale pour  
une patiente  
mineure**

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 la patiente est mineure, identification des titulaires de l'autorité parentale :**

<input type="checkbox"/> Père de la patiente <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Mère de la patiente <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Tuteur <sup>(1)</sup>
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 la patiente mineure (hors titulaires de l'autorité parentale)**

Nom, prénom<sup>(3)</sup> : ..... Nom, prénom<sup>(3)</sup> : .....  
.....  
Lien avec la patiente : ..... Lien avec la patiente : .....  
.....  
Tél. : ..... Tél. : .....

**SÉCURITÉ : l'établissement  
n'autorise pas la sortie d'une  
patiente mineure sans  
accompagnant.**

<sup>(1)</sup> : 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.

<sup>(2)</sup> : la signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (patiente mineure née de parents mariés ou née de parents non mariés mais reconnue par les deux parents dans sa première année).

<sup>(3)</sup> : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à la sage-femme du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.


**Transmissions des informations de santé** **Je demande**  **Je refuse**  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**  **Je n'autorise pas**  l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, 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 la patiente : ..... Lien avec la patiente : .....  
Tél. : ..... Tél. : .....

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**  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.

<b>Réservé à la patiente mineure :</b> En qualité de <u>patient hospitalisée mineure</u> , et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, <b>je n'autorise pas</b> <input type="checkbox"/> que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.	<b>Nom de naissance, prénom et signature de la patiente hospitalisée mineure</b>
--	--

**Non divulgation de présence**  **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, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....  
Lien avec la patiente : ..... Lien avec la patiente : .....  
Tél. : ..... Tél. : .....

**Désignation de la personne de confiance**  **Je souhaite désigner une personne de confiance :**  
Nom, prénom : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Adresse : ..... Tél. : .....  
Cette personne, légalement capable, est :  un proche  un parent  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  non

<b>Réservé à la personne de confiance :</b> Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance. Fait à ..... le .....	<b>Signature de la personne de confiance</b>
--	--

**Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance :** je reconnais avoir été informée 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.

**Directives anticipées** **Avez-vous rédigé des directives anticipées ?**  OUI  NON

## ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

*Informations données par le Gynécologue-Obstétricien concernant l'Interruption Médicale de Grossesse*

Conformément à la réglementation en cours, l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Jean assure une présence continue 24h/24 d'un Gynécologue-Obstétricien et d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur de garde sur place assurant la responsabilité des accouchements survenant pendant la garde (nuit, week-end, jours fériés)\*.

\*Possibilité d'une prise en charge personnalisée dont les modalités sont à préciser avant l'admission avec votre Gynécologue-Obstétricien, sous réserve qu'il soit présent dans l'établissement.

Oui  Non

En cas de prise en charge personnalisée, je, soussignée, certifie avoir été informée qu'un gynécologue-obstétricien de garde sur place assure la prise en charge des urgences.

<b>Signature et tampon du Gynécologue Obstétricien</b>	<b>Signature de la patiente</b>	<b>CAS PARTICULIER</b>	
		<b>PATIENTE MINEURE OU MAJEURE SOUS TUTELLE</b>	
		Nom et signature : père <u>et</u> mère <sup>(1)</sup> ou tuteur de la patiente mineure ou majeure sous tutelle (précédée de la mention « <i>lu et approuvé</i> »)	Nom et signature de la patiente majeure sous tutelle

Patiente majeure sous tutelle dans l'impossibilité de signer

<sup>(1)</sup> : la signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (patiente mineure née de parents mariés ou née de parents non mariés mais reconnue par les deux parents dans sa première année).

## VALIDATION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ IMG

*Informations données par le Gynécologue-Obstétricien concernant l'Interruption Médicale de Grossesse*

Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36), **je vous confirme :**

- avoir été clairement informée des bénéfices et des risques, que ce soit dans ce document, et lors des entretiens que nous avons eus (pendant lesquels j'ai pu vous poser librement toutes les questions que je souhaitais) sur la pathologie de ma grossesse, son interruption et toutes les complications pouvant survenir dans ce contexte
- avoir reçu de votre part des informations précises en fonction de mon cas particulier sur :
  - o le déclenchement du travail
  - o les risques et les bénéfices concernant un accouchement par les voies naturelles par rapport à une césarienne
  - o les risques de complications pendant l'Interruption Médicale de Grossesse (hypertension...)
  - o les risques de complications après l'Interruption Médicale de Grossesse (hémorragie de la délivrance, infections...) qui peuvent nécessiter une prise en charge complexe médicale et/ou chirurgicale dans l'Hôpital et/ou un autre établissement
  - o les risques d'hémorragie graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital et nécessiter une éventuelle transfusion
  - o l'éventualité de la nécessité d'une césarienne et les risques inhérents à cette intervention
- que j'ai également été clairement informée qu'au cours de ma grossesse, de l'Interruption Médicale de Grossesse et/ou des soins suivants l'Interruption Médicale de Grossesse, l'anesthésiste et vous-même 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 que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaire dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.
- m'engager à me rendre aux consultations pré et post-opératoire et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez durant mon séjour
- avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le « Livret d'Information Patiente ».

Je, soussignée,

- 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 intervention
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- Certifie ne pas avoir dissimulé d'information ou d'éléments aux médecins nécessaires à ma prise en charge
- M'engager à respecter les règles de fonctionnement du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'établissement
- Autorise le Dr ..... à pratiquer l'acte prévu dans les conditions ci-dessus

Fait à ....., le .....

<b>Signature du Gynécologue Obstétricien</b>	<b>Nom de naissance et signature de la patiente (précédée de la mention « <i>lu et approuvé</i> »)</b>	<b>Nom de naissance et signature du conjoint de la patiente (précédée de la mention « <i>lu et approuvé</i> »)</b>	<b>CAS PARTICULIER</b>	
			<b>PATIENTE MINEURE OU MAJEURE SOUS TUTELLE</b>	
			Nom et signature : père <u>et</u> mère <sup>(1)</sup> ou tuteur de la patiente mineure ou majeure sous tutelle (précédée de la mention « <i>lu et approuvé</i> »)	Nom et signature de la patiente majeure sous tutelle

Patiente majeure sous tutelle dans l'impossibilité de signer

<sup>(1)</sup> : la signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (patiente mineure née de parents mariés ou née de parents non mariés mais reconnue par les deux parents dans sa première année).

# ÉVALUATION DES RISQUES LIES AUX ATNC (AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS)

Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005  
(A compléter avec le Gynécologue-Obstétricien lors de la consultation)

Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

- Avez-vous été traitées pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui  non
- Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui  non
- Un membre de votre famille génétique a-t-il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? oui  non
- Avez-vous été identifiées comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ?  oui  non

**\*Si réponse oui à la question n°4, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC**

Je, soussignée, atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom de naissance et signature de la patiente ou de son représentant

Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :

**PNSNA**  Patients Ni Suspects Ni Atteints regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

**PSA**  Patients Suspects ou Atteints Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

Nom et signature du Gynécologue-Obstétricien responsable de la patiente

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

Informations données par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée  
(A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)

Conformément à l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique, j'ai été clairement informée par le « Livret d'Information Patient » des avantages et des risques des différentes modalités d'anesthésie inhérents à l'Interruption Médicale de Grossesse et à une éventuelle intervention chirurgicale.

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr ..... j'ai été informée plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour l'Interruption Médicale de Grossesse, ainsi que sur les risques et les complications possibles liés à cette anesthésie.

J'ai été informée que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si ma dentition est fragile.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité.

J'autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à pratiquer cette anesthésie, à effectuer tout acte et tout examen qu'il estimera nécessaire pendant et après l'Interruption Médicale de Grossesse, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

Fait à ....., le .....

Signature du Médecin Anesthésiste Réanimateur	Nom de naissance et signature de la patiente ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)	CAS PARTICULIER	
		Nom et signature : père et mère <sup>(1)</sup> ou tuteur de la patiente mineure ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature de la patiente majeure sous tutelle

Patiente majeure sous tutelle dans l'impossibilité de signer

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Son absence, toutefois, nous contraindrait à différer votre anesthésie.

<sup>(1)</sup> : 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).

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

TRAITEMENTS EN COURS     AUCUN TRAITEMENT EN COURS

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter **vos ordonnances et vos médicaments dans leurs boîtes le jour de votre entrée.**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE

**Important : ce questionnaire est indispensable à la consultation pré-anesthésique.  
Remplissez-le avec soin**

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui

Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI  NON  , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : .....	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
---	---

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI  NON  , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Œdème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... ..... .....
--	---	---

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉES ? OUI  NON**

Si oui, précisez :

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÉDENTES ANESTHÉSIES ? OUI  NON**

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

#### CARDIAQUES

Hypertension artérielle oui  non   
 Infarctus, angine de poitrine oui  non   
 Si oui, êtes-vous porteuse de stent ? oui  non   
 Varices, phlébite, embolie pulmonaire oui  non   
 Artérite oui  non   
 Troubles du rythme : oui  non   
 Si oui :  Tachycardie  FA  Autres (précisez) : .....

#### RESPIRATOIRES

Asthme oui  non   
 Bronchite chronique oui  non   
 Insuffisance respiratoire oui  non   
 Apnées du sommeil oui  non   
 Si oui, êtes-vous appareillée ? oui  non

#### DIGESTIFS

Brûlures d'estomac oui  non   
 Ulcère gastrique oui  non   
 Hernie hiatale oui  non   
 Troubles du transit oui  non   
 Si oui :  Constipation  Diarrhée  
 Autres, précisez : .....

#### URINAIRES, RÉNAUX

Coliques néphrétiques oui  non   
 Insuffisance rénale oui  non   
 Dialyse oui  non

#### GYNÉCOLOGIQUES

Nombre de grossesses : .....  
 Nombre d'accouchements : .....  
 Avez-vous eu une péridurale pour votre  
 ou vos accouchement(s) ? oui  non   
 Date des dernières règles : .....

#### DIVERS

Maladie de Willebrand oui  non   
 Hémophilie oui  non   
 Glaucome oui  non   
 Hépatite B oui  non   
 Hépatite C oui  non   
 HIV oui  non

#### NEUROLOGIQUES

Migraines oui  non   
 Épilepsie oui  non   
 Accident ischémique transitoire (AIT) oui  non   
 Si oui, séquelles ? oui  non   
 Si séquelles, précisez : .....  
 Accident vasculaire cérébral (AVC) oui  non   
 Si oui, séquelles ? oui  non   
 Si séquelles, précisez : .....

#### SYNDROME DE DÉPRESSION

Syndrome de dépression oui  non

#### ENDOCRINIENS

Diabète oui  non   
 Si oui, traité par :  Régime  Comprimés  Insuline  
 Problème de thyroïde oui  non   
 Cholestérol oui  non   
 Triglycérides oui  non   
 Autres, précisez : .....

#### TOXICOLOGIQUES

Tabac oui  non   
 Si oui, combien : .....  
 Depuis quand ? .....  
 Avez-vous arrêté ? oui  non   
 Si oui, depuis quand ? .....  
 Cigarette électronique oui  non   
 Alcool, vin... oui  non   
 Si oui, précisez : .....  
 Depuis quand ? .....  
 Avez-vous arrêté ? oui  non   
 Si oui, depuis quand ? .....  
 Cannabis oui  non   
 Si oui, précisez : .....  
 Autres stupéfiants oui  non   
 Si oui, précisez : .....

#### AUTRES MALADIES

Si oui, précisez : .....  
 .....  
 .....  
 .....

**STATUT TRANSFUSIONNEL**

Avez-vous été transfusées ? oui  non  , 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 (*Virus de l'Immunodéficience Humaine* ou *virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non  , si non, motif :

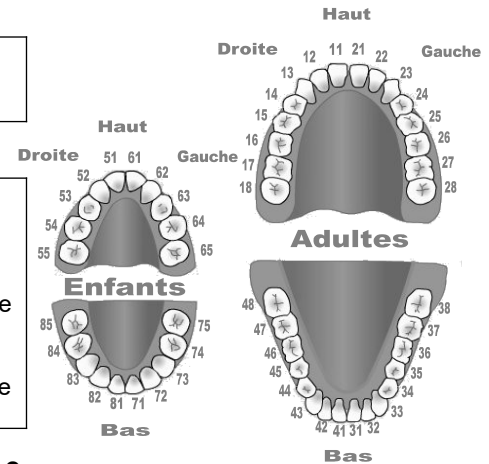
**PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI  NON**

Lentilles oui  non   
Prothèse auditive oui  non   
Autres oui  non  , si oui, lesquelles ? .....

**QUESTIONNAIRE DENTAIRE**

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui  non   
Si oui, précisez : Partielle :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur  
Complète :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui  non   
Si oui, lesquelles ? (entourer la ou les dents concernées sur le schéma ci-contre)  
Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en informer le Médecin Anesthésiste.



**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?**

.....  
.....  
.....

**Je, soussignée,  
atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité  
des informations mentionnées dans la  
rubrique « Questionnaire Anesthésie »  
pages 5 et 6**

**Nom de naissance et signature de la patiente  
ou de son représentant**

.....

**Je, soussignée :**

- **atteste de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patiente »**, que je rapporterai impérativement pour la consultation pré-anesthésique et qui sera archivé dans mon dossier médical
- **atteste avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patiente »** qui m'a été remis, et que je dois conserver :

**Consignes générales avant votre prise en charge**

- L'anesthésie
- Consignes spécifiques à suivre
- Cas particulier de l'allergie au latex
- Préparation cutanée et douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

**Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patiente » :**

- Identification de la patiente
- Protection juridique des majeures protégées
- Titulaires de l'autorité parentale pour une patiente mineure
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- Consentements éclairés IMG et Anesthésique

- Informations générales sur l'anesthésie
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Traitement médicamenteux

**Informations complémentaires en vue de votre hospitalisation :**

- 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 de la patiente hospitalisée**

- **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 .....

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

Le .....

.....

*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).*