

Livret d'Entrée Patiente
Dossier Obstétrical

DOCUMENT A COMPLÉTER ET
A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT
A CHAQUE CONSULTATION

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

Étiquette patiente

**Identification
de la patiente**

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Date du terme :
Profession :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Adresse mail :
Pharmacie habituelle :
Gynécologue-Obstétricien :
Médecin traitant :

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
patiente
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⁽¹⁾ du patient :

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 :

Père de la patiente

Mère de la patiente

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 la patiente mineure (hors titulaires de l'autorité parentale)**

Nom, prénom ⁽²⁾ :	Nom, prénom ⁽²⁾ :
.....
Lien avec la patiente :	Lien avec la patiente :
.....
Tél. :	Tél. :

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

⁽²⁾ : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à la sage-femme du service, une copie sera conservée dans le dossier de la patiente.

Principe de laïcité Conformément au principe de laïcité applicable au service hospitalier privé ou public, chaque patiente est libre d'exprimer ses convictions religieuses dans les limites du respect de l'ordre public, mais aussi dans le respect : de la qualité et de la sécurité des soins / des règles d'hygiène / de la tranquillité des autres patientes / du bon fonctionnement du service de Maternité.

En particulier, en Maternité, aucune patiente (ou son entourage) ne pourra exiger une prise en charge par un Médecin (Gynécologue-Obstétricien – Anesthésiste) ou un Personnel exclusivement féminin.

La patiente et/ou son entourage qui manifesterait un refus de soins par un praticien ou un personnel de sexe masculin, serait alors réorientée vers un autre établissement privé ou public de son choix et reconnaît en être informée.

Signatures de la patiente et du parent 2

Soins réalisés par des étudiants

J'autorise Je n'autorise pas un **étudiant** (infirmier(e), sage-femme, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignant(e)) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.

Signature de la patiente

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, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement.

Réservé à la patiente mineure :

En qualité de **patiente hospitalisée mineure**, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, je n'autorise pas que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

Nom de naissance, prénom et signature de la patiente hospitalisée mineure

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 contacter, 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

Réservé à la personne de confiance :

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

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

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.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ OBSTÉTRICAL

Informations données par le Praticien

Docteur, je, soussignée, Mme (Nom de naissance/prénom) vous confirme :

- avoir été clairement informée, 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 ma grossesse, l'accouchement et toutes les complications pouvant survenir dans ce contexte
- avoir reçu de votre part des informations précises en fonction de mon cas particulier sur :
 - les accouchements particuliers (siège, grossesse gémellaire, utérus cicatriciel...)
 - les risques et les bénéfices concernant un accouchement par les voies naturelles ou par une césarienne
 - les risques et les bénéfices concernant un accouchement par déclenchement soit pour convenance personnelle, soit pour raison médicale
 - les risques de complications pendant l'accouchement (hypertension, altération des signes vitaux fœtaux...) pouvant conduire à une césarienne en urgence
 - les risques de complications survenant au moment ou après l'accouchement (infections, lésions urinaires ou périnéales, douleurs...) qui peuvent nécessiter une prise en charge complexe médicale et/ou chirurgicale dans l'Hôpital et/ou un autre établissement
 - les risques d'hémorragie graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital et nécessiter une éventuelle transfusion, embolisation utérine, hystérectomie d'hémostase
- que j'ai également été clairement informée qu'au cours de ma grossesse, de l'accouchement et/ou des soins suivants l'accouchement, 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.
- avoir pris connaissance des informations contenues dans le Dossier Obstétrical du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean
- ne pas avoir dissimulé d'information ou d'éléments nécessaires à ma prise en charge
- m'engager à respecter les règles de fonctionnement du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean
- avoir été informée que la présence d'un seul et même accompagnant sera autorisée en secteur de naissance jusqu'à mon retour en chambre
- m'engager à me rendre aux consultations pré natales et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez durant mon séjour
- avoir pris connaissance qu'il est strictement interdit de filmer la naissance, ainsi que les professionnels de santé dans l'exercice de leur fonction sans autorisation de l'équipe médicale.
- autorise le Gynécologue-Obstétricien présent dans l'établissement le jour de mon admission à pratiquer mon accouchement dans les conditions ci-dessus.

Fait à, le

Signature du Gynécologue Obstétricien	Nom de naissance et signature de la patiente (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom de naissance et signature du parent 2 (précédée de la mention « lu et approuvé »)	CAS PARTICULIER	
			PATIENTE MINEURE OU MAJEURE SOUS TUTELLE	
			Nom et signature : père et mère ⁽¹⁾ ou tuteur de la patiente mineure ou majeure 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

(1) 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).

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.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui non
2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui non
3. 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
4. Avez-vous été identifié 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 ce dossier obstétrical des avantages et des risques des différentes modalités d'anesthésie.

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr, j'ai été informée plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour mon accouchement et une éventuelle intervention chirurgicale, 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 accouchement sous anesthésie locorégionale ou générale puisse être exécuté 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 mon accouchement, 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 PATIENTE MINEURE OU MAJEURE SOUS TUTELLE	
		Nom et signature : père et mère ⁽¹⁾ ou tuteur de la patiente mineure ou du majeure sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature de la patiente majeure sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)

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 surseoir à votre anesthésie.

(1) 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.

Noms de vos médicaments et dosage	Forme (comprimés, injectables...)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE (disponible également en ligne)
Important : ce questionnaire est indispensable à la consultation pré-anesthésique.
Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant

Taille : Poids de départ : Poids actuel : Prise de poids : kg

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉE ? OUI NON

Si oui, précisez :

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

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

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) :
--	---	---

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 à 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 à chaque consultation 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 :

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

- Identification de la patiente
- Protection juridique des patientes 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
- Traitement médicamenteux
- Consentement éclairé obstétrical
- Informations sur le travail, l'accouchement, la naissance
- Consentement éclairé anesthésique
- Informations générales sur l'anesthésie

Informations générales concernant la grossesse :

- Projet de naissance et parentalité
- Préparation à la naissance et parentalité
- L'échographie
- Mesures préventives hygiéno-diététiques

- Consignes générales avant tout accouchement ou césarienne
- Préparation cutanée et douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

Informations générales concernant la préparation de votre séjour :

- En vue de la consultation pré-anesthésique
- Sécurité transfusionnelle
- Alimenter et consulter le Dossier médical partagé (DMP)
- Préparer vos sacs
- La transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- La lutte contre la douleur

Informations générales concernant votre séjour :

- Votre admission
- Votre sortie
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)

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).