

CADRES RÉSERVÉS A L'ETABLISSEMENT



Livret d'Information Patient

HEMODIALYSE A DOMICILE

ÉLÉMENT DU DOSSIER MEDICAL

Contrôle du Livret d'Information Patient

Rubriques complétées et/ou signées :	OUI	NON
• Identification du patient (verso couverture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Information et consentement éclairé (p. 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autorisations du patient (p. 8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Engagement du patient et de la tierce personne (p. 9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Désignation/autorisations administratives et médicales (p. 9 et 10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans le livret (p. 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENTION !

Ce livret est à compléter et à rapporter le premier jour de votre formation à l'Hémodialyse à domicile au Centre de Dialyse, accompagné des documents suivants :

- **Votre carte d'identité, passeport, permis de conduire européen, ou carte de séjour en cours de validité**
- **Votre carte vitale d'assuré social A JOUR ou une carte d'affiliation à un autre organisme**
- **Votre carte de complémentaire santé ou accord de prise en charge**

En plus des documents ci-dessus :

Pour un PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE, il est obligatoire de présenter les documents suivants :

- **La décision de placement sous tutelle et la pièce d'identité du tuteur**

Ce livret sera inséré dans votre dossier patient.

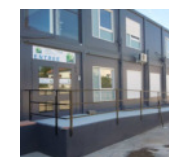
Contrôle par l'IDE Hémodialyse à domicile

NOM :

SIGNATURE :

Centre de La Seyne

Avenue Jules Renard
83500 La Seyne sur Mer
Tél. : 04 98 00 25 36 Fax : 04 98 00 25 35
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Toulon

Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean
1 avenue Georges Bizet
83000 TOULON
Tel : 04 94 16 67 67 Fax : 04 94 16 67 68
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Gassin

Espace Santé Gassin
Quartier Saint-Martin - D559
83580 GASSIN
Tél. : 04 94 43 39 03 Fax : 04 94 43 39 05
www.association-dialyse-varoise.fr



Identification du Patient

Article L162-21 du Code de la Sécurité Sociale :

« (...) Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. »

Manuel de Certification V2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS), critère 15a :

« Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte thérapeutique ou diagnostique. »

L'identitovigilance a pour objet la surveillance et la gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients tout au long de leur prise en charge (soins, administrative...) et de leur parcours dans l'établissement.

Afin de répondre à l'Instruction N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins, lors de votre hospitalisation, **nous vous identifierons par votre nom de naissance.**



« Renseignements Administratifs »

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Nom et prénom de l'assuré si celui-ci n'est pas le patient :	
Date de naissance	
Profession actuelle ou ancienne	
Adresse	
Code postal	Ville
Téléphone	Portable
Adresse mail	
Numéro de sécurité sociale	
Coordonnées de la caisse d'assurance maladie	
Adresse	Code Postal
Ville	Tél
Médecin traitant	Tél
Cardiologue	Tél
Endocrinologue	Tél
Autre spécialiste	Tél
Pharmacie habituelle	Tél
Laboratoire habituel	Tél

La copie de cette page sera faxée par l'infirmier(e) à l'Attachée de Direction de l'ADIVA (04 98 00 25 53) et au Pharmacien Gérant de l'ADIVA (04 98 00 25 37)

Cadre réservé à l'établissement

Etiquette Patient

La Direction, le Personnel et l'Équipe médicale
vous remercient du temps consacré à la prise de connaissance
des nombreuses informations de ce livret,
indispensable à votre prise en charge dans notre établissement,
conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Centre de La Seyne

Avenue Jules Renard
83500 La Seyne sur Mer
Tél. : 04 98 00 25 36 Fax : 04 98 00 25 35
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Toulon

Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Jean
1 avenue Georges Bizet
83000 TOULON
Tel : 04 94 16 67 67 Fax : 04 94 16 67 68
www.association-dialyse-varoise.fr



Centre de Gassin

Espace Santé Gassin
Quartier Saint-Martin - D559
83580 GASSIN
Tél. : 04 94 43 39 03 Fax : 04 94 43 39 05
www.association-dialyse-varoise.fr



Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être pris en charge en Hémodialyse à domicile par l'Association de Dialyse Varoise (ADIVA) pour la partie matériel, pharmaceutique, logistique et formation. Les Médecins Néphrologues, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Comme son nom l'indique, et selon la réglementation en vigueur, ce « Livret d'Information du Patient » a pour objectif de regrouper les informations médicales et administratives nécessaires vous concernant, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui vous seront prodigués.

Vous devrez **lire et compléter** avec attention les différents documents (informations, questionnaires, autorisations) composant ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans notre établissement. Vous pourrez, si nécessaire, les remplir avec l'aide de vos proches et/ou de votre Médecin traitant.

Il est essentiel de vous présenter muni(e) de ce livret complété et signé le premier jour de votre formation à l'Hémodialyse à domicile au Centre de Dialyse.

Nous souhaitons que ce livret d'information contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité de vos soins.

Docteur Bruno THIRE
Président de l'ADIVA

A COMPLETER SI VOUS ÊTES...



Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle

A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information

Coordonnées du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Tél. :

Portable :

Signature du représentant
ou tuteur du patient

⁽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 patient.

Tierce personne désignée par le patient

Coordonnées de la tierce personne :

Nom :

Prénom :

Lien avec le patient :

Adresse :

Tél. :

Portable :

Je, soussigné(e) certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de tierce personne.

Fait à..... Le

Signature de la tierce personne

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002

Article D. 712-147

« L'hémodialyse à domicile est offerte à des patients, formés à cette technique, en mesure d'assurer habituellement eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement, en présence d'une tierce personne de l'entourage habituel qui peut leur prêter assistance. »

Article D. 712-148

« L'établissement de santé gestionnaire propose une formation adéquate au patient et à la tierce personne qui l'assistera (...). »

... SOMMAIRE ...

I. Informations et autorisations réglementaires

1. Domicile et matériel
2. Autonomie à domicile et tierce personne
3. Commandes et Pharmacie
4. Informations concernant la lutte contre la douleur
5. Informations concernant le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments
6. Informations concernant l'interdiction de fumer
7. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
8. Informations données par le Médecin Néphrologue concernant votre prise en charge en Centre de Dialyse dans le cadre de l'Hémodialyse à domicile

II. Autorisations du patient

1. Autorisations
2. Cas particulier du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

III. Engagement du patient et de la tierce personne

IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

1. Personne(s) à prévenir
2. Transmissions des informations de santé à des proches
3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé
4. Désignation de la personne de confiance
5. Directives anticipées

V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

I. Informations et autorisations réglementaires

1. Domicile et matériel

La mise en Hémodialyse à domicile nécessitant des conditions d'hygiène strictes, votre domicile et le matériel fourni doivent être entretenus régulièrement.

Les poches de liquide de Dialyse doivent être stockées dans une pièce propre, ventilée, sans humidité, à température ambiante, et à l'abri de la lumière, pouvant accueillir un volume de 2m³. Les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques infectieux) générés devront être stockés dans le contenant qui vous sera fourni en attendant d'être éliminés.

2. Autonomie et tierce personne

Selon votre degré d'autonomie votre tierce personne et vous-même serez formés à la technique de l'Hémodialyse à domicile par le Centre de Dialyse ADIVA durant deux à six semaines.

Une « indemnité compensatrice à tierce personne » dont le montant est fixé par la Sécurité Sociale, vous sera attribuée. (Article L.162-22-10 du code de la Sécurité Sociale)

3. Commandes et Pharmacie

La mise en Hémodialyse à domicile nécessite également une implication de votre part en termes de logistique.

Chaque mois, vous devrez transmettre votre bon de commande à la Pharmacie de l'ADIVA, une semaine avant la date de livraison, complété de la façon suivante :

- 1^{ère} partie « matériel de dialyse » : réaliser l'inventaire du stock restant à domicile en précisant l'unité (unité ou carton)
- 2^{ème} partie « petit matériel » : indiquer la quantité nécessaire de chaque référence

4. Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles.

5. Informations sur le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments

Lors de l'utilisation non contrôlée de médicaments deux risques principaux sont encourus :

- **LE SURDOSAGE** : la quantité de médicament est supérieure à la dose thérapeutique ou toxique ; elle peut alors provoquer des troubles graves voire mortels.
- **L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE** : quand un médicament modifie l'effet d'un autre médicament présent au même moment dans l'organisme, on dit qu'il y a interaction médicamenteuse. Celle-ci peut être positive et voulue, ou bien négative et à éviter. Mais, en règle générale, les interactions médicamenteuses sont à éviter, car elles peuvent entraîner soit l'échec d'un traitement, soit une amplification des effets prévus, soit des effets toxiques graves, voire mortels.

L'addition des effets : par exemple, les actions de deux anticoagulants, deux hypnotiques, deux produits contenant du paracétamol vont s'ajouter partiellement ou totalement.

La potentialisation des effets : au lieu de s'additionner, les effets se multiplient.

L'inhibition des effets : l'efficacité d'un médicament est diminuée, voire annihilée par l'administration d'un second.

La polymédication, les sujets âgés, l'insuffisance rénale ou hépatique renforcent le risque encouru.

Aussi nous vous demandons de signaler au personnel soignant tous les médicaments que vous avez pris avant votre prise en charge, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au Médecin Néphrologue ou au personnel soignant qui vous a en charge.

6. Informations concernant l'interdiction de fumer

Conformément à la réglementation :

- décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer
- circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé
- circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- arrêté du 3 janvier 2007 fixant les modèles de signalisation



Nous vous rappelons l'interdiction stricte de fumer dans les locaux du Centre de Dialyse.

7. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang

(Information sur la transfusion des patients en anesthésie - SFAR Mars 2006)

Dans le cadre de votre traitement une transfusion peut être nécessaire.

Les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que les examens à réaliser avant et après celle-ci vous sont présentés ci après.

Le fait que cette information vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion.

Pour en faciliter la lecture, ce document comporte une première partie résumée « CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR » et une seconde partie plus détaillée « POUR EN SAVOIR PLUS ».

Nous vous invitons à poser au Médecin Néphrologue qui vous informera, toute question sur ce sujet que vous jugerez utile.

Ce qu'il est important de savoir

A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique. Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre Médecin Néphrologue que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus.

Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile).

Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le Sida.

Quelle surveillance en cas de transfusion ?

La recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée.

En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.

Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus. Il est important de conserver ces documents et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre Médecin Néphrologue pour lui permettre d'assurer votre suivi.

Pour en savoir plus...

Les produits et leurs indications

Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles.

Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.



Les globules rouges ont pour fonction le transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire.

Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

Les risques connus

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

- Des risques liés aux nombreux groupes sanguins :

Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus.



Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés "irréguliers"), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.

Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

- Des risques résiduels de contamination :

Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques.

Les estimations issues de l'INVS 2012 - 2014 sont les suivantes :

- pour le virus de l'hépatite B : 1/6.400.000 dons
- pour le virus de l'hépatite C : 1/33.000.000 dons
- pour le virus de Sida : 1/3.000.000 dons
- pour le virus T-Lymphotropique humain : 1/9.000.000 dons

Les dangers inconnus :

Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance).

Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

Les examens biologiques avant et après transfusion :

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.

En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués.

Avant chaque transfusion : il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.

Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes.

Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au Médecin Néphrologue, en cas de nouvelle transfusion.

En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de re-contacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

A COMPLETER PAR LE MEDECIN NEPHROLOGUE ET LE PATIENT



8. Informations données par le Médecin Néphrologue concernant votre prise en charge en Centre de Dialyse dans le cadre de l'Hémodialyse à domicile

INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ A L'ADMISSION EN TRAITEMENT DE SUPPLÉANCE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Je soussigné(e) en ma qualité de :

patient(e)

représentant légal de

Reconnais :

- avoir été suffisamment informé(e) par le Médecin Néphrologue, le Dr sur mon état de santé et la réflexion bénéfico-risque qui en découle.
- qu'il m'a été donné une information claire et appropriée sur :
 - les différentes techniques de traitement de l'insuffisance rénale
 - les précautions préalables et les risques éventuels y compris les risques exceptionnels
 - le fonctionnement du Centre de Dialyse et de l'Hémodialyse à domicile
 - le déroulement de ma prise en charge (visite à domicile, soins à domicile, etc..)
- avoir pu poser librement toutes les questions concernant les actes médicaux, diagnostiques et ou thérapeutiques.
- avoir compris que :
 - mon état de santé nécessite une prise en charge en Centre de Dialyse
 - il était nécessaire de mettre en place un abord vasculaire
 - ce traitement nécessite des analyses biologiques régulières, notamment des tests à la recherche d'infections VHB (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite C), VIH (virus du sida)
 - une vaccination contre l'Hépatite B est indispensable, dans le cas où je ne serais pas préalablement protégé contre cette maladie (lutte contre les infections nosocomiales)
 - le suivi de ce traitement nécessite également des examens réguliers qui me seront prescrits par les Médecins Néphrologues du Centre de Dialyse
 - le temps de dialyse et la fréquence des séances d'Hémodialyse à domicile sont des prescriptions médicales en conformité avec les recommandations professionnelles de bonnes pratiques.

En conséquence, sur la base des informations et conseils reçus, j'accepte :

- le traitement de mon insuffisance rénale par l'Hémodialyse à domicile
- le suivi biologique, les examens réguliers nécessaires dans le suivi du traitement, ainsi qu'une séance de dialyse par mois réalisée en Centre de Dialyse afin de consulter le Médecin Néphrologue et de recevoir les injections prescrites
- un repli ou une hospitalisation, si mon état clinique le nécessite, vers un autre établissement disposant de moyens techniques mieux adaptés

J'ai bien noté que je peux, à tout moment, revenir sur ce consentement général et à durée indéterminée.

Je reconnais avoir été informé(e) par ce même médecin qu'aucun autre acte médical ou aucun autre traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir été informé(e) que tout traitement médicamenteux prescrit antérieurement à la prise en charge en dialyse doit être validé par le Médecin Néphrologue qui prend en charge mes séances.

J'ai bien noté que la tierce personne doit être présente à chaque séance d'Hémodialyse à domicile et durant toute la séance jusqu'au débranchement.

Fait à Le

Nom et signature
du Médecin Néphrologue



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



A COMPLETER PAR LE PATIENT



II. Autorisations du patient

1. Autorisations

Je, soussigné(e),

autorise :

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements de tout Médecin pouvant prendre en charge une urgence (en cas de nécessité)

PRINCIPE DE LAICITE :

Conformément au principe de laïcité applicable au service hospitalier privé ou public, chaque patient 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 patients et du bon fonctionnement du service.

Aucun(e) patient(e) ou son entourage ne pourra exiger une prise en charge par un Praticien ou un Personnel exclusivement du même sexe.

Le ou la patient(e) et/ou son entourage qui manifesterait un refus de soins par un praticien ou un personnel de sexe opposé, serait alors réorienté(e) vers un autre établissement privé ou public de son choix et reconnaît en être informé(e).

Signature du patient ou de son représentant



STATUT TRANSFUSIONNEL

Avez-vous été transfusé(e) ?

oui non

Si oui, à quelle(s) date(s) ? :

.....

Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ?

oui non

Êtes-vous opposé(e) à une transfusion en cas d'urgence ?

oui non

Si oui, motif :

.....

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre prise en charge en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH*, Hépatite B, Hépatite C.

oui non

Autorisez-vous le contrôle ?

Si non, motif :

* Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant



2. Cas particuliers du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

Je, soussigné(e),

tuteur⁽¹⁾ (nom et prénom à préciser)

du majeur sous tutelle (nom naissance et prénom du patient à préciser)

né(e) le à

autorise le Médecin Néphrologue (nom et prénom du médecin à préciser)

à prendre en charge ce majeur sous tutelle et apporter tous les soins et traitements nécessaires à son état de santé.

Signature : tuteur du majeur sous mesure de protection



⁽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 patient.

A SIGNER PAR LE PATIENT ET LA TIERCE PERSONNE



III. Engagement du patient et de la tierce personne

En acceptant la prise en charge en Hémodialyse à domicile :

Je m'engage à suivre en totalité la formation dispensée

Je m'engage à respecter les prescriptions médicales, les protocoles, les règles d'hygiène et de tri des déchets dans la réalisation des séances d'Hémodialyse à domicile.

Je m'engage à informer l'équipe soignante du Centre de Dialyse de tout effet indésirable survenu au domicile.

Je m'engage à entretenir régulièrement mon domicile et le matériel fourni.

Je m'engage à transmettre mon bon de commande à la Pharmacie de l'ADIVA, une semaine avant la date de livraison.

Je m'engage à communiquer au Centre de Dialyse et à la Pharmacie de l'ADIVA, tout changement de coordonnées (postales, téléphoniques, etc.).

Je m'engage à ce que ma tierce personne soit présente à chaque séance d'Hémodialyse à domicile et durant toute la séance jusqu'au débranchement.

Je m'engage à signaler toute absence prévisible afin que la continuité de mes soins soit assurée.

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



Nom et signature de la tierce personne
(précédée de la mention « *lu et approuvé* »)



A COMPLETER PAR LE PATIENT



IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

Loi N°2202/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

1. Personnes à prévenir

J'autorise l'établissement à contacter, en cas de nécessité administrative, ma tierce personne , et/ou la (les) personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom :	Nom, prénom :
Lien avec le patient :	Lien avec le patient :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

2. Transmissions des informations de santé à des proches

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 le patient :	Lien avec le patient :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

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.

3. Transmissions des informations de santé à des professionnels 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 :

.....

Adresse :

.....

Tél. :

Nom et prénom du Médecin désigné :

.....

Adresse :

.....

Tél. :

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

	
--	---

A COMPLETER PAR LE PATIENT



4. Désignation de la personne de confiance

Important : En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je, soussigné(e),

souhaite désigner ma tierce personne comme personne de confiance

ou

souhaite désigner comme personne de confiance la personne ci-après désignée :

Nom de naissance :

(de la personne de confiance)

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance:

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

Lien avec le patient :

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

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de ma prise en charge.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement. Je m'engage également à communiquer à l'établissement tout changement de coordonnées.

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

	
--	---

souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de ma prise en charge. 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 en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

	
--	---

A COMPLETER PAR LE PATIENT

5. Directives anticipées

Toute **personne majeure** peut, si elle le souhaite, **rédiger** des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, vous pouvez en faire la demande auprès de l'équipe soignante lors de votre prise en charge.


Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical.

Elles peuvent être annulées ou modifiées à tout moment. Si vous souhaitez que vos directives anticipées soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au Médecin Néphrologue qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les-lui ou signalez leur existence et indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de rédiger des directives anticipées

- Je souhaite rédiger des directives anticipées
- Je ne souhaite pas rédiger des directives anticipées

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant



A SIGNER PAR LE PATIENT




V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :

- *des documents à apporter le premier jour de ma formation (page de couverture)*
- *des informations concernant l'entretien de mon domicile et du matériel fourni (page 4)*
- *des informations relatives à l'autonomie et à la tierce personne (page 4)*
- *des informations concernant les commandes et la Pharmacie (page 4)*
- *des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 4)*
- *des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (page 4)*
- *des informations concernant l'interdiction de fumer (page 5)*
- *des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (pages 5 et 6)*

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant





A series of 25 horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a guide for handwriting practice.