

Etiquette patient

Vous êtes :

- ☐ Patient
- ☐ Représentant Légal
- ☐ Personne mandatée

Service / Discipline: .....

**Déclaration patient – représentant légal – personne mandatée**

- ☐ Je confirme que j'ai été informé(e) par le praticien des raisons de ma prise en charge pour traitement, examen, anesthésie ou intervention chirurgicale suivant(e):  
.....  
.....
- ☐ J'ai reçu et compris les explications concernant les différents aspects de ma prise en charge : le but, la nature, les effets secondaires, les risques significatifs, ainsi que les éventuelles alternatives et leurs risques. J'ai eu la possibilité de participer à mon projet de soin avec les professionnels en exposant mes besoins et en posant mes questions.
- ☐ J'autorise les prestataires de soins à me délivrer les traitements, interventions, examens, soins nécessaires à ma prise en charge.
- ☐ J'autorise l'équipe pluridisciplinaire à communiquer des informations sur mon état de santé et mon projet de sortie avec ma personne de confiance :  
NOM, Prénom.....  
Numéro de téléphone : .....

Patient (ou représentant légal / personne mandatée) (NOM, Prénom) :  
.....

Fait le .....à .....

Signature :