

Ce document est renseigné au service administratif lors de l'accueil administratif du patient – une photocopie est ensuite remise au service médical pour être intégrée au dossier médical, l'original est conservé dans le dossier administratif.

**Identité « Patient »**

**NOM** : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone portable .....

**Identité « Détenteurs de l'autorité parentale » - personne à prévenir**

Mr/Mme **NOM** : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. fixe : ..... Tél. port : .....  
**Mail** : ..... @ .....

Si parents non joignables, autre(s) personne(s) à contacter (nom + coordonnées) :

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

**Identité « Personne de confiance » (autre que le détenteur de l'autorité parentale)**

« Art. L. 1111-6. - **Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin** traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. » - Loi 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

**Divulgence de la présence**

Dans le cadre de l'hospitalisation de mon enfant à la Guisane,

**j'accepte,**  **je n'accepte pas,**

Que sa présence au sein de l'établissement soit divulguée.

*^ Si vous ne souhaitez que sa présence soit divulguée cette consigne sera appliquée systématiquement pour toute requête. Ceci peut entraîner des désagréments que vous devez envisager au préalable et pour lesquels l'établissement se décharge de toute responsabilité.*

**TSVP →**

## Autorisation de publier

Je soussigné(e),.....,  
Représentant(e) légal(e) de l'enfant.....,

**Autorise** la publication d'images de mon enfant (photo ou vidéo) ainsi que de ses différents travaux réalisés au cours de son séjour, sur différents supports (panneaux situés dans la maison, albums mis à disposition des visiteurs dans le hall, journal interne, vidéos internes, site Internet de la Guisane, livret d'accueil du dossier d'admission, articles de presse écrite sur notre établissement, reportages de média audiovisuel).

Il pourra s'agir (rayer si nécessaire) :

- de textes ; de dessins ; de photos ou vidéos prises en tant qu'opérateur (votre enfant est l'auteur) ;

de photos ou vidéos prises en tant qu'acteur (votre enfant est pris sur la photo ou vidéo) ; de publication sur le site internet de la Guisane ou sur le livret d'accueil.

**N'autorise pas** la publication d'images de mon enfant, ni des différents travaux qu'il aura effectués au cours de son séjour

## Consentement éclairé

Je soussigné(e), ....., détenteur de l'autorité parentale de l'enfant ..... né(e) le ..... hospitalisé(e) à "La Guisane", certifie avoir été informé(e) des objectifs du séjour de mon enfant et éclairé(e), ainsi que mon enfant, au sujet :

- de la limitation de la responsabilité de l'établissement concernant les objets de valeur non déposés au secrétariat ;

- des examens susceptibles d'être réalisés en cours de séjour :

**En cas d'urgence, je demande à être prévenu(e) de l'état de santé de mon enfant et autorise le médecin en charge de celui-ci, à le transférer vers la structure hospitalière adéquate ;**

**J'autorise le médecin de l'établissement d'accueil ou la direction à faire pratiquer toute anesthésie et intervention chirurgicale d'urgence ainsi que tous soins et jugés comme tels par le médecin, pour mon enfant ;**

**J'autorise le médecin de l'établissement à pratiquer tout examen et à prescrire tout traitement qu'il jugera nécessaires ;**

**J'autorise mon enfant à intégrer un programme d'éducation thérapeutique et consens à ce que les informations soient communiquées au Dr ....., mon médecin traitant ;**

J'autorise les étudiants en formation à la Guisane à participer aux visites médicales.

Par la présente, je donne mon consentement éclairé à cette démarche.

Je me réserve le droit de retirer cette autorisation à tout moment.

Date :...../...../.....

Signature :.....