

C.R.F. LE GRAND LARGE
Centre de Rééducation Fonctionnelle
 42, promenade du grand large
 13008 Marseille
 Tél : 04.96.14.05.40
 Fax admission : 04.96.14.05.49
 Email : admission@crf-grandlarge.fr

Si demande issue d'un autre établissement de santé, formulée par :

Nom et prénom :
 Assistante sociale Secrétaire
 Cadre de service Autres
 Etablissement :
 Adresse :
 Téléphone :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PATIENT(E)

Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :

 Code postal :
 Téléphone :
 Mail :
 Situation familiale :
 Situation professionnelle :
 N° Sécurité sociale :
 Caisse d'affiliation :
 Mutuelle :

ASSURE(E)*

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :

 Code postal :
 Téléphone :
 Caisse d'affiliation :
 N° Sécurité sociale :
 Mutuelle :

Personne à prévenir (à contacter en cas d'urgence) :

Personne à prévenir (en cas d'urgence)			
Nom et prénom		Téléphone	
Adresse		Parenté / Fonction	

Période d'entrée souhaitée :

La décision d'admission ne sera prise qu'au vu de ce questionnaire correctement rempli.

La date d'entrée sera fixée après avis de la Commission d'admission et en fonction des places disponibles.

A son entrée le patient doit être en possession de ses cartes, vitale et mutuelle, à jour et d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, passeport, titre de séjour en cours...).

Personne de confiance

Vous pouvez désigner une personne de confiance (aide en cas de décision importante si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté). En cas d'accord vous devez compléter le formulaire dédié.

Je souhaite désigner une personne de confiance Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Divulgateion de l'identité

Vous avez la possibilité de demander que votre hospitalisation revête un caractère privé. Vous pouvez demander, conformément à l'article R 1112-45 du Code de la Santé Publique, qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence dans l'Etablissement. Dès lors, nous nous engageons à ne pas communiquer votre présence.

Oui Non

Signature patient :

Cas particuliers (le recueil spécifique du consentement sera demandé sur un formulaire dédié)

☞ **Patient mineur (représentant légal)**

☞ **Majeur protégé sous tutelle ou curatelle (nom ou organisme représentant)**

Etiquette patient

Directives anticipées

Lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, des directives anticipées préalablement rédigées permettent au médecin et à l'équipe médicale qui vous prennent en charge de connaître vos souhaits relatifs à votre fin de vie et en particulier ceux concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter des traitements.

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Confronté à des situations de fin de vie, le médecin a donc pour obligation de s'enquérir de l'existence de ces directives, d'en prendre connaissance et d'inclure les souhaits qui y sont formulés parmi les éléments sur lesquels va s'appuyer sa décision médicale.

Depuis la loi Claeys-Leonetti de 2016, les directives anticipées s'imposent aux médecins. Ils doivent les appliquer. Leur contenu prime alors sur les différents avis et témoignages de la personne de confiance ou des proches.

Les directives anticipées sont valables indéfiniment, tant que vous ne les modifiez-vous même.

Vous pouvez faire une déclaration écrite appelée « Directives anticipées » sur la fin de vie sur le formulaire dédié. Un médecin du Centre pourra vous accompagner pour ce recueil.

Vous pouvez révoquer à tout moment et sans formalité vos directives anticipées. Ainsi, si vous le souhaitez, vous pouvez modifier totalement ou partiellement le contenu des directives. De même, vous pouvez annuler vos directives.

Pour d'autres informations, vous pouvez demander une version plus détaillée aux secrétaires médicales. Il existe également une version simplifiée disponible.

Je souhaite déclarer des « Directives anticipées » Je ne souhaite pas déclarer des « Directives anticipées »

Cas particuliers (le recueil spécifique pour ces directives sera demandé sur un formulaire dédié), notamment si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées.

Signature patient :

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance » au sens de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique.

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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit donner son accord à cette désignation.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone privé (portable) : Téléphone professionnel :

Téléphone privé (fixe) : Email :

Fait le à

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

Date prévue de début des soins :/...../.....

NOM du patient.....
Prénom(s) du patient
Né(e) le

Père Mère ou Représentant légal

NOM.....
Prénom.....
Date de naissance
Adresse
.....
Tél

Signature

Père Mère ou Représentant légal

NOM.....
Prénom.....
Date de naissance
Adresse
.....
Tél

Signature

J'autorise l'équipe soignante du CRF Le Grand Large à pratiquer tout acte de soin nécessité par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge au sein du Centre.

Pièce(s) à fournir :

Cartes d'identité des parents (ou représentant légal).

Date prévue de début des soins :/...../.....

En vertu de l'article L1111-4 du Code de la santé publique, Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection.

Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Patient

NOM.....

Prénom(s).....

Né(e) le

Signature

Le consentement de la personne a-t-il été recherché (de manière adaptée à ses facultés de discernement):

OUI NON

> Par qui :.....

> Date de l'entretien :.....

Positionnement du patient après information claire, loyale et appropriée :

Acceptation Refus Incompréhension

le patient est dans l'incapacité de s'exprimer

Autre

Tuteur / Curateur

NOM.....

Prénom(s).....

Né(e) le

Organisme (le cas échéant)

Signature

J'autorise l'équipe soignante du CRF Le Grand Large à pratiquer tout acte de soin nécessité par l'état de santé deau cours de sa prise en charge au sein du Centre.

Pièce(s) à fournir :

Le jugement de placement sous tutelle / curatelle

Le justificatif d'identité du tuteur / curateur