

A voir si déjà dans CRIS



Etiquette du patient.

Je soussigné(e) : Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
désigne les personnes ci-dessous :

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L. 1111-6 de la Loi du 4 Mars 2002

« 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 dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

Nom ..... Lien de parenté ou autre ..... Tél .....  
Adresse ..... Code Postal ..... Ville .....  
Aucun ☐

### IDENTIFICATION DES PERSONNES A PREVENIR

Nom : .....  
Lien de parenté ou autre : .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tél : .....

J'autorise cette personne à recevoir  
des informations sur mon état de santé ☐

Aucun ☐

Nom : .....  
Lien : .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tél : .....

J'autorise cette personne à recevoir  
des informations sur mon état de santé ☐

Au cours de mon séjour, je serai informé en concertation avec le médecin responsable de ma prise en charge de la stratégie diagnostique et thérapeutique

### IDENTIFICATION DES MEDECINS A INFORMER

Je souhaite que des informations concernant mon état de santé soient communiquées :  
à mon médecin traitant ☐

Nom : .....  
Spécialité : .....  
Adresse : .....  
Ville / Tél : .....

Aucun ☐

Nice, le .....  
Signature

au médecin ci-dessous ☐

Nom : .....  
Spécialité : .....  
Adresse : .....  
Ville / Tél : .....

Validation le : ..... / ..... / .....  
Validation le : ..... / ..... / .....  
Validation le : ..... / ..... / .....  
Validation le : ..... / ..... / .....  
Validation le : ..... / ..... / .....

Inclus dans le formulaire  
"Dossier administratif"

# SITUATION FAMILIALE

## LE NOYAU FAMILIAL :

Père :            Age : .....ans            Profession : .....

Mère :            Age : .....ans            Profession : .....

Fratrie : .....  
.....

## LES PERSONNES RESSOURCES :

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

## LOCOMOTION ET LOGEMENT DURANT L'HOSPITALISATION :

Logement :    ☐ domicile    ☐ maison des parents    ☐ autre : .....

Moyens de locomotion :    ☐ voiture    ☐ bus    ☐ autre : .....

Contraintes et difficultés : .....  
.....

E-mail : .....@.....

Afin de pouvoir vous envoyer des photos de votre (vos) enfant(s).

## AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné, .....

Demeurant à .....

Père, Mère, tuteur de l'enfant : .....

autorise les médecins, chirurgiens et spécialistes de s hôpitaux à effectuer sur cet enfant, les investigations et examens qu'ils jugent utiles, et à mettre en œuvre les traitements ou à pratiquer les interventions chirurgicales qu'ils estimeraient nécessaires.

A..... le .....

Signature :

→ RAD rempli par IDE.  
Rempli en 2<sup>ème</sup>

étiquette

## FICHE D'ACCUEIL

### NAISSANCE

Terme : .....

Poids naissance: .....

Lieu de naissance : ☐ Maternité Archet  
☐ Autre : .....

Heure de naissance : .....

Heure d'arrivée : .....

Contexte : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

### GROSSESSE :

Gestité .... Parité .... ☐ Grossesse multiple ☐ Parcours PMA

TIU : ☐ non ☐ oui le ...../...../.....

Hospitalisation : ☐ non ☐ oui depuis le ...../...../.....  
Motif: .....

Cure de corticoïdes : ☐ non ☐ oui 1<sup>ère</sup> cure le ...../...../..... 2<sup>ème</sup> cure le ...../...../.....

Particularités et évènement marquants : .....  
.....  
.....

### ACCOUCHEMENT :

☐ Voie basse ☐ Césarienne : ☐ sous Rachis ☐ sous AG  
Motif: .....

→ RDD rempli par IDE  
→ Rempli en 2<sup>ème</sup>