

## Consentement du patient (de son représentant légal) aux soins médicaux

Patient – Prénom et Nom de famille:	Numéro de l'acte de naissance (Numéro d'immatriculation à la mutuelle) :
Date de naissance : (à défaut du numéro de l'acte de naissance)	Code de l'assurance mutuelle :
Adresse du domicile du patient : (éventuellement une autre adresse)	
Nom du représentant légal (curateur) :	Numéro de l'acte de naissance :

### Raison de l'hospitalisation :

--

### Déclaration :

<b>Je souhaite être informé de mon état de santé. N.B. Entourez votre réponse</b>	OUI	NON
<p>Au cas où j'ai accepté d'être informé de manière compréhensible de mon état de santé, en accord avec le § 31, art. 1, de la loi No 372/2011 du Recueil des Lois de la République Tchèque, je déclare avoir pris connaissance des informations suivantes concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les causes de la maladie, si connues, les éventuelles conséquences et risques des soins préconisés, y compris les différents actes médicaux;</li> <li>- les autres possibilités des soins médicaux et leur opportunité, les bénéfices et risques pour le patient;</li> <li>- les autres traitements à suivre, le calendrier individuel des soins, les limitations et les recommandations sur le mode de vie en tenant compte de l'état de santé.</li> </ul> <p>Je déclare avoir pris connaissance des raisons de l'hospitalisation et je considère ces informations comme suffisantes, j'ai eu la possibilité de demander des explications sur tout ce que je n'aurais pas compris ou sur ce qui m'aurait préoccupé.</p> <p>Je déclare que je n'ai dissimulé aux médecins aucune information concernant mon état de santé qui puisse contrarier les effets du traitement ou mettre en péril mon entourage, notamment en répandant des maladies contagieuses.</p>		
<p><b>Dans le cas où je ne souhaite pas être informé de mon état de santé, je demande que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à la personne ci-dessous :</b></p>		
Prénom et Nom :	Lien avec le patient :	
<p>Je déclare avoir pris connaissance du Règlement intérieur de l'Hôpital universitaire d'Olomouc, des droits de patients et du règlement de la maison.</p> <p>Je déclare avoir été informé par le médecin de la possibilité de consulter mon dossier médical et des modalités pour se procurer un relevé ou une copie de celui-ci. *)</p>		
<b>Je souhaite que d'autres personnes soient informées de mon état de santé pendant mon hospitalisation. N.B. Entourez votre réponse :</b>	OUI	NON
Prénom et Nom	Adresse	Tel.
<p><b>Je souhaite que les personnes mentionnées ci-dessus aient le droit de :</b></p>		
a) consulter mon dossier médical, d'en faire des relevés ou des copies*)	OUI	NON

<b>b) exprimer le consentement aux soins médicaux dans le cas où mon état de santé m'empêcherait de le faire moi-même, sauf les soins qui peuvent être procurés sans consentement.</b>	OUI	NON
--	-----	-----

\*) En application de la loi No 372/2011 du Recueil des Lois de la République Tchèque, § 66, article 3a), l'établissement de santé peut demander de régler les services de copie du dossier médical, le montant ne peut dépasser les coûts liés au service de copie; les tarifs d'un relevé ou d'une copie du dossier médical doivent être affichés à un endroit public accessible aux patients.

**Consentement :**

**N.B. Entourez votre réponse :**

En cas de besoin, je donne mon accord pour prélever des échantillons biologiques (sang, urine,...) afin de procéder à des analyses, notamment pour exclure la présence d'une maladie contagieuse.	OUI	NON
Je donne mon accord pour conserver et utiliser le matériel biologique prélevé dans le cadre des processus diagnostiques et thérapeutiques standards pour les besoins de la science et de la recherche médicale, et l'éventuelle publication des résultats, sous anonymat, dans des ouvrages spécialisés.	OUI	NON

L'Hôpital universitaire d'Olomouc est un établissement de santé ouvert à la formation du personnel médical, notamment des médecins dans le cadre de leur formations ultérieures, des étudiants de la Faculté de Médecine, de la Faculté des Sciences Médicales de l'Université Palackého à Olomouc et des étudiants des écoles d'infirmières.

En application du paragraphe 46, article 6 de la loi No 372/2011, l'Hôpital universitaire se doit de permettre aux étudiants et aux stagiaires médicaux d'exercer leurs activités, y compris les actes médicaux ou la saisie de données dans le dossier médical. La formation des étudiants et des stagiaires se fait sous la tutelle directe du personnel médical ou de leur professeur respectif.

De ce fait, <b>je donne mon accord</b> pour que les étudiants et les stagiaires puissent consulter mon dossier médical, et ceci uniquement avec la permission du personnel médical désigné et dans la limite indispensable pour leur formation.	OUI	NON
Par la suite, <b>j'accepte</b> que les étudiants et les stagiaires soient présents pendant les soins.	OUI	NON
J'ai conscience et je l'accepte qu'en cas de besoin des mesures restrictives puissent être adoptées, en application de la loi No 372/2011, § 39, art. 2, et ceci dans les situations suivantes : - uniquement lorsque le but des ces mesures est d'écarter un danger menaçant la vie, la santé ou la sécurité des patients ou les autres personnes (ex. état après anesthésie, post-opération etc.) et ceci seulement le temps nécessaire.		

Date	Heure	Signature du patient / ou du représentant légal (curateur)

Prénom, Nom du médecin qui a fourni l'information	Signature du médecin qui a fourni l'information

<b>Si le patient ne peut pas apposer sa signature, mentionnez les raisons pourquoi il ne peut pas le faire.</b>			
<b>La manière dont le patient a manifesté sa volonté :</b>			
Prénom et Nom du personnel médical/du témoin	Signature du personnel médical/du témoin	Date :	Heure

**Ce consentement est valable pour tous les transferts du patient dans le cadre de son hospitalisation à l'Hôpital universitaire d'Olomouc.**