

Annexe

Information du bénéficiaire du service de santé hospitalisé

1. Les données relatives au bénéficiaire du service de santé hospitalisé:

- Nom et prénom
- Numéro de la carte d'identité nationale ou numéro de passeport.....
- Identifiant national de santé.....
- Numéro de téléphone :.....
- Adresse :.....
- Hospitalisé (é) à la structure sanitaire ou l'établissement de santé.....
- Au service.....
- Numéro du dossier médical :.....
- Le tuteur légal du bénéficiaire du service de santé ou l'administrateur judiciaire pour les personnes incapables ou à capacité réduite,
Mr/Mme.....

2. Le contenu de l'information:

- Le diagnostic :
.....
.....
- Les différents examens :.....
.....
.....
.....

- **Les traitements proposés:**.....
.....
.....
.....
- **Les mesures préventives nécessaires, leur efficacité et leur degré de certitude :**.....
.....
.....
- **Les possibilités, les méthodes et les moyens disponibles pour son traitement :**.....
.....
.....
- **Les risques fréquemment rencontrés et les risques graves habituellement prévus dans son cas :**.....
.....
.....
- **Les questions posées et réponses apportées :**
.....
.....
.....
- **Données supplémentaires :**.....
.....
.....
.....
.....

3. Avis du bénéficiaire du service de santé hospitalisé ou de son tuteur légal ou son administrateur judiciaire

Le consentement

☐

le refus de consentement

☐

**La signature du bénéficiaire
du service de santé hospitalisé ou
de son tuteur légal ou administrateur judiciaire
et sa date**

**Le nom, la qualité du médecin traitant
La signature**

*** Cochez la case appropriée (x)**