

Nom de l'enfant ou majeur protégé : _____

Prénom de l'enfant ou majeur protégé : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Etiquette patient

Pourquoi je vais à l'hôpital ?

Je vais à l'hôpital parce que je dois recevoir des soins pour _____

Qu'est-ce qui va se passer ?

Pendant mon hospitalisation, je vais recevoir des traitements et des soins pour m'aider à me sentir mieux. Cela peut durer quelques heures ou plusieurs jours. Les médecins et les infirmières vont s'occuper de moi.

Est-ce que ça va faire mal ?

Il peut y avoir un peu de gêne ou de douleur, mais les médecins feront tout pour que je ne sois pas mal à l'aise. Si ça fait trop mal, je peux en parler à un adulte.

Je donne mon accord pour être hospitalisé

Je comprends que je vais à la Clinique de l'Ospedale pour être soigné(e). Je sais que je peux poser des questions si je ne comprends pas quelque chose. Si je ne veux plus être soigné(e), je peux le dire et les médecins comprendront.

Droit de changer d'avis

Je sais que si je change d'avis et que je ne veux plus continuer, cela n'affectera pas les soins que je recevrai.

Questions ?

Si j'ai des questions, je peux demander à un adulte qui travaille à l'hôpital. Il ou elle m'expliquera tout ce que je veux savoir.

Signature de l'enfant ou majeur protégé (si je comprends bien) : _____

Date : _____

Ce que doit savoir mon parent ou tuteur

Je, soussigné(e) [nom du parent/tuteur] _____, donne mon accord pour que mon enfant/la personne que je représente, soit hospitalisé et qu'il/elle reçoive les soins nécessaires. Je comprends que mon enfant peut poser des questions et qu'il/elle peut décider d'arrêter à tout moment.

Je déclare avoir reçu une information claire, loyale et adaptée.

J'ai été informé(e) de la nature de la prise en charge proposée, des objectifs de l'hospitalisation et des soins, des risques et complications éventuels liés à cette hospitalisation.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Signature de l'intervenant (médecin ou infirmier) :

Nom de l'intervenant : _____

Fonction de l'intervenant : _____

Signature de l'intervenant : _____

Date : _____