



**Hôpital Privé
La Louvière**

69 rue de la Louvière - 59042 Lille Cedex
Tél. : 08 26 30 70 00 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 03 20 15 77 77
www.hplalouviere.fr

Hôpital Privé La Louvière

● Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS – Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... À :

Désigne une personne de confiance :

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :	Adresse :
Nom de naissance :
Prénom :	Fax :
Téléphone(s) :	e-mail :

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

majeure : OUI NON

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens.

Fait le : / / à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin N°1 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

Témoin N°2 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

A remplir par l'équipe soignante : le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée.

Nom du soignant : Fait le : / / Signature :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / à :

Signature :



Hôpital Privé
La Louvière

69 rue de la Louvière - 59042 Lille Cedex
Tél. : 08 26 30 70 00 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 03 20 15 77 77
www.hplalouviere.fr

Hôpital Privé
La Louvière

○ Autorisation d'hospitalisation d'un mineur

Identité du patient mineur :

Nom :	Médecin en charge de l'hospitalisation :
Prénom :
Date de naissance :	Date d'hospitalisation :

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :

L'autorité parentale est par principe conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année), **le consentement des deux parents est donc nécessaire.** Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il lui est possible de nous transmettre ce document avec sa signature **par fax** ou **voie postale.**

Dans le cas où l'un des parents exercerait seul l'autorité parentale, il convient d'en justifier par la production de la décision de justice ou par tout document officiel (livret de famille).

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père ou autre détenteur de l'autorité parentale
Fait le : / /	Fait le : / /
à :	à :
Signature :	Signature :

Ce document doit être **impérativement signé** par les titulaires de l'autorité parentale et **remis** à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.



**Hôpital Privé
La Louvière**

69 rue de la Louvière - 59042 Lille Cedex
Tél. : 08 26 30 70 00 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 03 20 15 77 77
www.hplalouviere.fr

Hôpital Privé La Louvière

● Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS – Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / À :

Désigne une personne de confiance :

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :		Adresse :	
Nom de naissance :			
Prénom :		Fax :	
Téléphone(s) :		e-mail :	

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

majeure : OUI NON

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens.

Fait le : / / à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin N°1 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

Témoin N°2 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

A remplir par l'équipe soignante : le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée.

Nom du soignant : Fait le : / / Signature :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / à :

Signature :



**Hôpital Privé
La Louvière**

69 rue de la Louvière - 59042 Lille Cedex
Tél. : 08 26 30 70 00 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 03 20 15 77 77
www.hplalouviere.fr

Hôpital Privé La Louvière

○ Autorisation d'hospitalisation d'un majeur sous tutelle

Identité du patient majeur sous tutelle :

Nom :	Adresse :
Prénom :
Date de naissance :
Médecin en charge de l'hospitalisation :	
Date d'hospitalisation :	

Il est rappelé que la qualité de tuteur doit être justifiée par la production de la décision de Justice n'ayant pas fait l'objet d'une révocation.

Le tuteur	Le majeur sous tutelle (le patient) <small>(le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision)</small>
Nom :	Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à mon hospitalisation prochaine.
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Date de l'ordonnance du juge des tutelles nommant le tuteur :	
Téléphone domicile :	
Téléphone portable :	
Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation prochaine du majeur dont j'assume la tutelle désigné ci-dessus.	
Fait le : / /	Fait le : / /
à :	à :
Signature :	Signature :

Ce document doit être **impérativement signé** par le tuteur et **remis** à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de la personne sous tutelle.

**Hôpital privé
La Louvière**

69 rue de la Louvière - 59042 Lille Cedex
Tél. : 08 26 30 70 00 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)
Fax : 03 20 15 77 77
www.hplalouviere.fr

En pratique

① Service hôtelier

JE CHOISIS MON SÉJOUR

J'ai le choix entre partager ma chambre avec un autre patient et occuper une chambre particulière. Dans chacun de ses établissements, Ramsay Générale de Santé propose des chambres particulières.

Dès la phase de pré-admission, je peux indiquer mon souhait de chambre particulière et sélectionner la formule qui me convient le mieux. **3 formules au choix, plus de 10 services confort, il ne reste plus qu'à faire mon choix ! Je trouve toutes les informations sur le site Internet de l'établissement.**

► Récapitulatif

Prestation	Chambre double	SOLO	SOLO PLUS	SOLO CONFORT
Télévision	■	■	■	■
Wifi	■	■	■	■
Téléphone ⁽¹⁾	■	■	■	■
Petit-déjeuner Plaisir *	■	■	■	■
Déjeuner Plaisir *	■	■	■	■
Dîner Plaisir *	■	■	■	■
Repas Plaisir accompagnant ⁽²⁾	■	■	■	■
Set Linge Confort	■	■	■	■
Trousse de bienvenue	■	■	■	■
Presse en chambre	■	■	■	■
Lit accompagnant		En option	En option	En option

■ Inclus - ■ Disponible en supplément - ■ Indisponible

(1) Ouverture de ligne offerte, les appels restent payants.

(2) Un repas Plaisir offert par jour, au déjeuner ou au dîner.

(*) Le service des repas est conditionné aux contraintes de régime liées au protocole de soins.

► Les tarifs TTC des chambres particulières

SOLO	85 euros
SOLO PLUS	99 euros
SOLO CONFORT	180 euros

Je prends note...

L'attribution de la chambre particulière se fait selon les disponibilités le jour de l'admission. Le nombre de chambres particulières étant limité, l'établissement ne peut s'engager sur une disponibilité permanente.

JE CHOISIS MES SERVICES

Mes repas

Dès mon arrivée dans l'établissement, je pourrai consulter le menu des repas prévus pendant la durée de mon séjour. Des plats de remplacement sont disponibles.

Si je le souhaite, j'ai la possibilité de commander un repas Plaisir en remplacement de celui qui est prévu au menu. Je me renseigne dès que possible auprès du personnel de l'établissement pour connaître les modalités de commande.

Par ailleurs, si l'espace de ma chambre le permet, j'ai la possibilité d'inviter un accompagnant à prendre un repas en ma compagnie, un repas Plaisir s'il le souhaite.

► Les horaires des repas

Petit-déjeuner	7h30
Déjeuner	12h00
Dîner	18h00

► Les tarifs TTC des repas Plaisir

Petit-déjeuner Plaisir	9 euros
Déjeuner ou dîner Plaisir	19 euros

► Les tarifs TTC des repas accompagnant

Petit-déjeuner accompagnant	20 euros
Déjeuner ou dîner accompagnant	19 euros

Si le choix du repas accompagnant se porte sur un repas Plaisir, se référer aux tarifs ci-dessus.

Je prends note...

Dans le cas d'un séjour en chambre particulière SOLO CONFORT, le repas accompagnant est offert (déjeuner ou dîner), il est automatiquement choisi dans la gamme Plaisir.

Mon régime alimentaire peut être adapté à tout moment par mon médecin.

Mes divertissements

À mon arrivée dans l'établissement, si je souhaite bénéficier de la télévision dans la chambre, d'une ligne de téléphone personnelle ou d'un accès à Internet, j'en fais part dès que possible au personnel de l'établissement pour connaître les modalités de mise en œuvre.

Télévision : un poste me donne accès aux principales chaînes hertziennes et TNT.

Téléphone : je peux recevoir des communications en indiquant à mes proches le numéro de ma ligne directe qui me sera communiqué lors de son ouverture. Je peux aussi émettre des appels qui me seront facturés à la fin de mon séjour⁽²⁾.

Internet / Wifi : je peux soit me connecter directement sur le réseau « Wifi Patient-Visiteur » à l'aide de ma carte bancaire, soit demander des codes de connexions lors de mon admission pour une session qui me sera facturée à la fin de mon séjour⁽¹⁾. La connexion au réseau « Wifi Patient-Visiteur » me donne accès à

un catalogue élargi de films disponibles en vidéo à la demande (tarifs selon le film).

► Les tarifs TTC des services de divertissement

Télévision	dès Solo +
Téléphone (ouverture de ligne)	dès Solo +
Téléphone (prix par unité)	
Internet / Wifi	dès Solo

(1) Renseignez-vous auprès du personnel de l'établissement pour connaître l'ensemble des tarifs disponibles.

(2) Les tarifs des communications sortantes sont disponibles à l'accueil de l'établissement.

JE CHOISIS D'AUTRES SERVICES

Distributeurs automatiques

Des distributeurs de boissons et de friandises sont à votre disposition.

Boutique-cafétéria

Vos proches peuvent se rendre au self service au sous-sol de 12h00 à 14h00 pour y déjeuner.

Coffre

Dans votre chambre, vous disposez d'un coffre à code pour vos objets de valeur. Vous pouvez également les remettre au service des Admissions contre un récépissé de votre dépôt. En cas de vol, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que dans ce dernier cas.

Je prends note...

Les téléphones cellulaires présents dans l'enceinte de l'établissement doivent y être maintenus en position d'arrêt, en raison des risques de perturbations des dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques.

Afin de garantir la bonne utilisation des appareils mis à disposition des patients, l'établissement peut vous demander de verser une provision qui ne sera pas débitée pendant votre séjour et vous sera restituée à la fin de celui-ci.