

Vos droits

dans les cliniques et hôpitaux privés



Le consentement libre et éclairé

Votre volonté doit être respectée : aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris si vous n'avez pas donné votre consentement libre et éclairé.



+ Informations d'ordre général

Principe du consentement libre et éclairé :

- Un consentement libre signifie sans contrainte ni menace. Il s'agit de donner une autorisation en toute connaissance de cause.
- Un consentement éclairé signifie que le professionnel est tenu de vous présenter une information claire, compréhensible, de la nature des actes et prescriptions proposés, de leur intérêt pour votre santé et les conséquences néfastes en cas de refus.
- Si vous êtes majeur(e), vous pouvez vous-même écrire vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. Ces "directives anticipées" quant à votre fin de vie, permettront à votre médecin de s'y informer (il existe à ce jour deux modèles de directives anticipées, voir en annexe, un concernant le cas où vous seriez atteint d'une maladie grave et/ou proche de la fin de votre vie et un autre concernant le cas où vous seriez en bonne santé et/ou vous n'êtes pas atteint d'une maladie grave). Toutefois le médecin reste libre d'appliquer ou non les orientations que vous aurez définies, en fonction de la situation concrète à laquelle le médecin est confronté et notamment aux évolutions des connaissances médicales.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par votre médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, est prise à l'issue **d'une procédure collégiale** : une concertation est organisée avec les membres présents de l'équipe de soins qui vous prennent en charge et avec la participation d'un autre médecin, appelé en qualité de consultant et sans lien hiérarchique avec votre médecin. La décision est inscrite dans votre dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance que vous avez désignée ou, à défaut, de votre famille ou de l'un de vos proches.

Preuve du consentement

Cette preuve est à la charge du professionnel. Elle peut se démontrer par un écrit, nécessaire dans certains actes médicaux (les examens de diagnostic génétique, de diagnostic prénatal, les actes d'assistance médicale à la procréation, la participation à une recherche biomédicale).

+ Nouveautés

Principe du consentement préalable au partage d'information entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Le professionnel doit recueillir votre consentement (le cas échéant, votre représentant légal), des informations ayant vocation à être partagées et des catégories de professionnels fondés à en connaître les informations. Votre consentement est recueilli par tout moyen.

+ Cas particuliers

- **Cas du mineur**

Étant mineur, vous avez des droits. Il est possible de recevoir l'information (adaptée à votre degré de maturité) et de participer à la prise de décision vous concernant. Ce droit des mineurs est exercé par les titulaires de l'autorité parentale.

- **Cas du majeur sous tutelle**

Vous devez recevoir l'information et, par la suite, participer à la prise de décision vous concernant.

- **Cas de soins psychiatriques avec consentement du patient**

Si vous êtes hospitalisé pour des soins psychiatriques avec votre consentement, cela relève du principe général du consentement. Cependant, le cas est différent si vous êtes hospitalisé pour des soins en psychiatrie sans votre consentement.

- **Cas de la personne en impossibilité physique d'écrire seule**

Des formulaires spécifiques sont prévus (voir annexes : cas particuliers).



Fédération de l'Hospitalisation privée

106 rue d'Amsterdam
75009 Paris

Avril 2017

Contact : Dominique-Chantal Dorel

Directrice

Tél. 01 53 83 56 54 - dominique.dorel@fhp.fr

Relations
usagers



FHP

FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE



Formulaire de consentement libre et éclairé

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le praticien. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation éventuelle d'actes médicaux et/ou traitements proposés par votre praticien.

Je soussigné(e) :

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensions sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, les inconvénients éventuels et les tarifs des techniques que me propose Monsieur / Madame praticien :

Actes médicaux et/ou traitements :

Le praticien m'assure que les actes médicaux et/ou traitements qui seront pratiqués sont conformes aux données actuelles de la science et de sa compétence.

J'ai été prévenu(e) que le praticien a une obligation de moyens et non de résultat.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'accepte, librement et de manière éclairée, les actes médicaux et/ou traitements que va réaliser le praticien.

J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé"):

Formulaire de consentement libre et éclairé

sur le partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

CONFORMÉMENT AUX L'ARTICLE L.1111-4, L.1110-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET AU DÉCRET N° 2016-1349 RELATIF AU CONSENTEMENT PRÉALABLE AU PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA MÊME ÉQUIPE DE SOINS.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le praticien. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur le partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Je soussigné(e) :

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensibles sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, du partage d'informations me concernant, que me propose Monsieur / Madame praticien :

Informations ayant vocation à être partagées:

Reconnais avoir pris connaissance de l'échange d'informations entre mon équipe de soins à une autre équipe de soins qui ne participe pas directement à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la nécessité du partage d'informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. Je suis informé que ce partage est limité à la durée de ma prise en charge.

J'accepte, librement et de manière éclairée, le partage d'information aux professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature [précédée de la mention "lu et approuvé"]:

Attestation

Prise de connaissance de l'ensemble des informations partagées

CONFORMÉMENT AUX L'ARTICLE L.1111-4, L.1110-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET AU DÉCRET N° 2016-1349 RELATIF AU CONSENTEMENT PRÉALABLE AU PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA MÊME ÉQUIPE DE SOINS.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le praticien. Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur le partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Je soussigné(e) :

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensibles sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, les inconvénients éventuels et les tarifs des techniques que me propose Monsieur / Madame praticien :

Informations ayant vocation à être protégées :

Reconnais avoir pris connaissance de l'échange d'informations entre mon équipe de soins à une autre équipe de soins qui ne participe pas directement à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la nécessité du partage d'informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. Je suis informé que ce partage est limité à la durée de ma prise en charge.

J'accepte, librement et de manière éclairée, le partage d'information aux professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature [précédée de la mention "lu et approuvé"]:

Cas particulier 1 : Consentement libre et éclairé

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) votre consentement libre et éclairé

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que l'expression du consentement libre et éclairé est bien de votre volonté.

Témoin 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Témoin 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensibles sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, les inconvénients éventuels et les tarifs des techniques que me propose Monsieur / Madame
praticien :

Actes médicaux et/ou traitements :

Le praticien m'assure que les actes médicaux et/ou traitements qui seront pratiqués sont conformes aux données actuelles de la science et de sa compétence.

J'ai été prévenu(e) que le praticien a une obligation de moyens et non de résultat.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'accepte, librement et de manière éclairée, les actes médicaux et/ou traitements que va réaliser le praticien.

J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature du patient :

Signature Témoin 1 :

Signature Témoin 2 :

Cas particulier 2 : Partage d'informations

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) votre consentement libre et éclairé

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins est bien l'expression de votre volonté. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le praticien.

Témoin 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Témoin 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensibles sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, les inconvénients éventuels et les tarifs des techniques que me propose Monsieur / Madame
praticien :

Informations ayant vocation à être partagées :

Reconnais avoir pris connaissance de l'échange d'informations entre mon équipe de soins à une autre équipe de soins qui ne participe pas directement à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la nécessité du partage d'informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. Je suis informé(e) que ce partage est limité à la durée de ma prise en charge.

J'accepte, librement et de manière éclairée, le partage d'information aux professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins. J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature du patient :

Signature Témoin 1 :

Signature Témoin 2 :

Cas particulier 3 : Attestation

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) votre attestation de prise de connaissance de l'ensemble des informations partagées

Deux personnes peuvent rédiger votre attestation de prise de connaissance de l'ensemble des informations partagées. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le praticien.

Témoign 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Témoign 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
a bien exprimé son consentement libre et éclairé.

Reconnais avoir bénéficié d'explications claires, loyales, compréhensibles sur les raisons, les objectifs, l'intérêt, les inconvénients éventuels et les tarifs des techniques que me propose Monsieur / Madame
praticien :

Informations ayant vocation à être partagées :

Reconnais avoir pris connaissance de l'échange d'informations entre mon équipe de soins à une autre équipe de soins qui ne participe pas directement à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la nécessité du partage d'informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. Je suis informé(e) que ce partage est limité à la durée de ma prise en charge.

J'accepte, librement et de manière éclairée, le partage d'information aux professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins. J'ai la faculté de retirer cette autorisation à tout moment et donc de refuser la poursuite des actes médicaux et/ou traitements.

Fait à

Le

Signature du patient :

Signature Témoign 1 :

Signature Témoign 2 :