

Madame, Monsieur,

Vous allez être pris(e) en charge par un des Etablissements Sainte-Marguerite, l'hospitalisation à domicile Soins Assistance. Les Médecins, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

L'assistant social ou le responsable des soins qui vous suivra vous a remis ce jour ce « livret d'information du patient ».

Comme son nom l'indique, et selon la réglementation en vigueur, ce livret a pour objectif de regrouper les informations médicales et administratives nécessaires vous concernant, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui vous seront prodigués.

Vous devrez **lire et compléter** avec attention les différents documents (informations, questionnaires, autorisations) composant ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans nos établissements. Vous pourrez, si nécessaire, les remplir avec l'aide de vos proches et/ou de votre Médecin traitant et/ou l'équipe soignante et/ou l'équipe psychosociale.

**Il est essentiel de remettre ce livret complété et signé au responsable de soins de l'établissement le jour de votre prise en charge.**

Nous compléterons également notre information concernant votre séjour par un livret d'accueil qui vous sera remis.

Nous souhaitons que ce livret d'information contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les Etablissements Sainte-Marguerite.

Docteur Bruno THIRE  
Président Soins Assistance



## A COMPLETER SI VOUS ÊTES...



**Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle**  
*A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information*

Coordonnées du  représentant /  tuteur<sup>(1)</sup> du patient :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec le patient : .....  
Tél. : .....  
Portable : .....

Signature du représentant  
ou tuteur du patient



**Titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur**  
*Articles 371-1, 372, 372-2 du Code Civil  
Articles L.1111-5, R.1111-2, R.1112-35 du Code de la Santé Publique*

**La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe** (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). **Si l'un des parents est éloigné géographiquement**, il est possible de nous transmettre les informations contenues dans ce livret avec sa signature **par fax ou par voie postale**.

**Ce livret d'information doit être impérativement complété et signé par les titulaires de l'autorité parentale avant l'admission de l'enfant en HAD.**

Le ou les signataire(s) de ce livret certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à votre médecin, dans les plus brefs délais, une copie de la décision.

Les titulaires 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
- certifient chacun en ce qui le concerne, que ce livret leur a été expliqué en totalité, qu'ils l'ont lu, complété et compris
- attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements contenus dans ce livret

### Identification des titulaires de l'autorité parentale

<input type="checkbox"/> Père de l'enfant	<input type="checkbox"/> Mère de l'enfant	<input type="checkbox"/> Tuteur <sup>(1)</sup>
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Tél. : .....	Tél. : .....	Tél. : .....
Portable : .....	Portable : .....	Portable : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....	.....
Signature :	Signature :	Signature :

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

# ... SOMMAIRE ...



## I. Informations et autorisations réglementaires

1. Informations concernant la lutte contre la douleur
2. Informations concernant le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments
3. Informations sur la prévention des chutes
4. En vue de votre admission, n'oubliez pas d'apporter...
5. Questionnaire patient



## II. Autorisations du patient

1. Autorisations
2. Cas particulier du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)



## III. Engagement du patient hospitalisé à domicile



## IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

1. Personne(s) à prévenir
2. Transmissions des informations de santé à des proches
3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé
4. Désignation de la personne de confiance
5. Directives anticipées



## V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

## 1. Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles. Pour cela, votre participation est primordiale. C'est pourquoi un questionnaire « douleur » vous sera remis au cours de votre hospitalisation à domicile.

Vous trouverez également inclus au livret d'accueil, un document détaillé relatif aux modalités de lutte contre la douleur.

## 2. Informations sur le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments

Lors de l'utilisation non contrôlée de médicaments deux risques principaux sont encourus :

- **LE SURDOSAGE** : la quantité de médicament est supérieure à la dose thérapeutique ou toxique ; elle peut alors provoquer des troubles graves voire mortels.
- **L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE** : quand un médicament modifie l'effet d'un autre médicament présent au même moment dans l'organisme, on dit qu'il y a interaction médicamenteuse. Celle-ci peut être positive et voulue, ou bien négative et à éviter. Mais, en règle générale, les interactions médicamenteuses sont à éviter, car elles peuvent entraîner soit l'échec d'un traitement, soit une amplification des effets prévus, soit des effets toxiques graves, voire mortels.

L'addition des effets : par exemple, les actions de deux anticoagulants, deux hypnotiques, deux produits contenant du paracétamol vont s'ajouter partiellement ou totalement.

La potentialisation des effets : au lieu de s'additionner, les effets se multiplient.

L'inhibition des effets : l'efficacité d'un médicament est diminuée, voire annihilée par l'administration d'un second.

Certains médicaments ne sont pas compatibles en cas d'intervention chirurgicale : exemple les anticoagulants qui font saigner.

La polymédication, les sujets âgés, l'insuffisance rénale ou hépatique renforcent le risque encouru.

**Aussi nous vous demandons de signaler au personnel soignant tous les médicaments que vous prenez, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au praticien ou au personnel soignant qui vous a en charge, durant votre hospitalisation à domicile.**

## 3. Informations sur la prévention des chutes

Afin de prévenir le risque de chute lors de votre prise en charge, il vous est fortement recommandé de respecter les consignes du personnel paramédical. (Cf. livret d'accueil).

## 4. En vue de votre prise en charge, vous devez nous fournir :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **Vos ordonnances et vos médicaments en cours si vous suivez un traitement**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)...
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

# A COMPLETER PAR LE PATIENT

## 5. Questionnaire patient

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

..... Tél. : .....

Poids : ..... Taille : ..... Profession : .....

Variation de poids récente :  non  oui si oui :

Prise de poids : ..... kg depuis : .....

Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**Merci de remplir ce document avec le plus de précisions possibles ou avec votre médecin traitant**

**Recopiez la liste de VOS médicaments ci-dessous**

Aucun traitement en cours

Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir
.....					.....				
.....					.....				
.....					.....				
.....					.....				
.....					.....				

### 1) Durant les 12 derniers mois...

Avez-vous été hospitalisé(e) en Réanimation, Soins Intensifs... ? oui  non

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger ? oui  non

2) Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Multirésistante aux antibiotiques (BMR) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BMR ? oui  non

3) Etes-vous porteur connu d'une Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BHRe ? oui  non

4) Avez-vous eu un traitement antibiotique intensif et multiple ces 6 derniers mois ? oui  non

5) Avez-vous déjà été opéré(e), anesthésié(e), hospitalisé(e) ? oui  non

Si oui, pour quoi et quand ? .....

.....

.....

.....

.....

# A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

*Etiquette patient*

## 6) Avez-vous (eu) des problèmes :

### Cardio-vasculaires

Nom du cardiologue : .....

Date de la dernière consultation : .....

- Hypertension artérielle (HTA)      oui  non
- Souffle au cœur      oui  non
- Angine de poitrine :
  - Douleurs à l'effort      oui  non
  - Douleurs au repos      oui  non
- Avez-vous eu :
  - Un infarctus      oui  non
  - Des palpitations      oui  non
  - Une insuffisance cardiaque      oui  non
- Avez-vous des problèmes artériels :
  - Artérite      oui  non
  - Problème de carotides      oui  non
  - Artérite des membres inférieurs      oui  non
- Avez-vous des problèmes veineux :
  - Varices      oui  non
  - Jambes lourdes      oui  non
  - Antécédent de phlébite      oui  non
  - Antécédent d'embolie pulmonaire      oui  non
  - Paraphlébite      oui  non
- Avez-vous eu des examens complémentaires :
  - Epreuve d'effort      oui  non
  - Coronarographie      oui  non
  - Autres : .....      oui  non
- Avez-vous des stents (ressorts)      oui  non
- Avez-vous un pacemaker      oui  non

### Pulmonaires

- Etes-vous fumeur :      oui  non 
  - Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....
  - Si oui, depuis : .....
- Consommez-vous des stupéfiants      oui  non
- Avez-vous des problèmes d'asthme      oui  non 
  - Si oui : crises fréquentes      oui  non
  - Asthme de l'enfance      oui  non
  - Traité      oui  non
- Avez-vous des problèmes de bronchites :
  - Chronique      oui  non
  - A répétition      oui  non
  - Emphysème      oui  non
- Toux matinale      oui  non

### Digestifs

- Avez-vous déjà subi :
  - Une fibroscopie      oui  non
  - Une coloscopie      oui  non
- Avez-vous des problèmes gastriques :
  - Ulcère gastrique      oui  non
  - Hernie hiatale      oui  non
  - Brûlures d'estomac      oui  non
  - Intolérance aux anti-inflammatoires      oui  non
- Consommation d'alcool :
  - Vin      oui  non
  - Autres : .....      oui  non
- Avez-vous des problèmes intestinaux :
  - Constipation      oui  non
  - Diarrhée      oui  non
  - Sang dans les selles      oui  non

- Prenez-vous des laxatifs      oui  non
- Avez-vous des problèmes hépatiques :
  - Hépatite A      oui  non
  - Hépatite B      oui  non
  - Hépatite C      oui  non
  - Autres : .....      oui  non
- Autres problèmes : .....
- .....
- .....

### Néphrologie/Urologie

- Calculs      oui  non
- Infections urinaires      oui  non
- Insuffisance rénale chronique      oui  non
- Hommes :
  - Avez-vous des problèmes de prostate      oui  non

### Gynécologie

- Nombre de grossesses : .....
- Nombre d'accouchements : .....
- Date des dernières règles : .....
- Etes-vous enceinte ?      oui  non
- Avez-vous eu une péridurale pour votre / vos accouchement(s) ?      oui  non

### Neurologie

- Migraines céphalées      oui  non
- Epilepsie      oui  non
- Convulsions de l'enfance      oui  non
- Spasmophilie      oui  non
- Tétanie      oui  non
- Hémiplégie      oui  non
- Troubles de la parole      oui  non
- Accident vasculaire cérébral      oui  non

### Allergies

- Avez-vous eu des problèmes d'allergie ?      oui  non 
  - Si oui, lesquels ?
    - **Caoutchouc ou latex**      oui  non
    - Urticaire      oui  non
    - Rhume des foins      oui  non
    - Eczéma      oui  non
    - Asthme      oui  non
    - Œdème de Quincke      oui  non
    - Alimentaires :      oui  non 
      - Banane, kiwi, avocat, châtaigne, melon
      - Autres : .....
    - Antibiotique      oui  non
    - Aspirine      oui  non
    - Autres médicaments      oui  non 
      - Si oui, lesquels : .....
    - Lors d'un examen radiologique      oui  non



## A COMPLETER PAR LE PATIENT

### Autres pathologies

- Avez-vous un diabète oui  non   
 Si oui, traité par : comprimé   
 insuline   
 régime

Depuis quand ? .....

- Avez-vous des problèmes psychologiques  
 Dépression oui  non   
 Anxiété oui  non   
 Insomnie oui  non

- Avez-vous un glaucome oui  non   
 - Avez-vous des prothèses ?  
 Lentilles oui  non   
 Prothèse auditive oui  non   
 Prothèse dentaire oui  non   
 Autre : ..... oui  non   
 - Présentez-vous des apnées durant  
 votre sommeil ? oui  non   
 Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui  non

7) Avez-vous été transfusé(e) ? oui  non

Si oui, à quelle(s) date(s) ? : .....

Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ? oui  non

### 8) Statut viral :

Avez-vous eu une recherche des sérologies : de l'hépatite B ? oui  non   
 de l'hépatite C ? oui  non   
 VIH\* ? oui  non

**Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH\*, Hépatite B, Hépatite C.**

**Autorisez-vous le contrôle ?** oui  non

Si non, motif : .....

Avez-vous pris de l'aspirine ou dérivé dans les 8 derniers jours ? oui  non

**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas dans ce questionnaire ?**

.....  
 .....  
 .....

*Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.*

Nom de naissance et signature du patient  
 ou de son représentant



\* Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA



# A COMPLETER PAR LE PATIENT



## II. Autorisations du patient

### 1. Autorisations

Je, soussigné(e), autorise :

- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

**PRINCIPE DE LAICITE** : Conformément au principe de laïcité applicable au service hospitalier privé ou public, chaque patient est libre d'exprimer ses convictions religieuses dans les limites du respect de l'ordre public, mais aussi dans le respect de la qualité, de la sécurité des soins et des règles d'hygiène.

**Aucune patiente (ou son entourage) ne pourra exiger une prise en charge par un Médecin ou un Personnel exclusivement féminin.**

La patiente et/ou son entourage qui manifesterait un refus de soins par un médecin ou un personnel de sexe masculin, serait alors réorienté vers un autre établissement privé ou public de son choix et reconnaît en être informé.

Signature de la patiente ou de son représentant

Je, soussigné(e) .....  
autorise  n'autorise pas

un **étudiant** (infirmier(e), aide-soignant(e)...) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.

Signature du patient ou de son représentant

### 2. Cas particuliers du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (tutelle)

Je, soussigné(e),

père<sup>(1)</sup>, (nom et prénom à préciser) .....

mère<sup>(1)</sup>, (nom et prénom à préciser) .....

tuteur<sup>(1)</sup>, (nom et prénom à préciser) .....

de l'enfant ou du majeur sous tutelle (nom de naissance et prénom du patient à préciser) .....

né(e) le ..... à .....

autorise le médecin coordonnateur de Soins Assistance à prendre en charge cet enfant ou ce majeur sous tutelle, et à apporter tous les soins et traitements nécessaires à son état de santé.

Signature : père et mère ou tuteur<sup>(1)</sup> de l'enfant ou du majeur sous mesure de protection

(1) La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

Rayer les mentions inutiles.

(2) Une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.



# A SIGNER PAR LE PATIENT



## III. Engagement du patient hospitalisé à domicile

Je m'engage à :

- prendre connaissance de l'intégralité des informations contenues dans le livret d'accueil remis lors de l'évaluation sociale
- respecter les conduites à tenir (modalités de prise des médicaments, effets indésirables...) et les consignes (conservation au froid de médicaments, mesures de sécurité pour les enfants...) données par l'équipe soignante
- informer l'équipe soignante de l'HAD, de toute visite ou consultation d'un médecin, afin de donner suite aux éventuelles modifications de traitement et/ou de prise en charge
- respecter l'organisation mise en place par l'équipe soignante pour la réalisation des soins : tour de rangement, pilulier, matériel (pousse-seringues, pompes à nutrition, appareil à pression négative...)
- restituer à la fin de ma prise en charge, mon dossier et l'intégralité du matériel mis à disposition
- régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, correspondant :
  - o Au montant du ticket modérateur (si pas de prise en charge à 100%)
  - o A la totalité des frais d'hospitalisation à domicile si je ne bénéficie d'aucune prise en charge

Je choisis comme laboratoire d'analyse médicale (optionnel) :

Nom : ..... Tél. : .....

Je déclare avoir été suivi avant ma prise en charge en HAD par le personnel paramédical suivant auquel il pourra être fait appel en cas de besoin :

Infirmier : Nom ..... Tél. : .....

Kinésithérapeute : Nom : ..... Tél. : .....

Orthophoniste : Nom : ..... Tél. : .....

Nom de naissance et signature du patient  
ou de son représentant  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



# A COMPLETER PAR LE PATIENT



## IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

Loi N°2202/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

### 1. Personnes à prévenir

J'autorise l'Établissement à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Lien avec le patient : .....	Lien avec le patient : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
Portable : .....	Portable : .....

### 2. Transmissions des informations de santé à des proches

J'autorise  Je n'autorise pas

l'Établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées.

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Lien avec le patient : .....	Lien avec le patient : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
Portable : .....	Portable : .....

J'autorise  Je n'autorise pas

dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

### 3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé

J'accepte que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant : .....	Nom et prénom du Médecin désigné : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél. : .....	Tél. : .....

Nom de naissance et signature du patient  
ou de son représentant

# A COMPLETER PAR LE PATIENT



## 4. Désignation de la personne de confiance

**Important :** En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je, soussigné(e) .....

**souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom de naissance : .....

(de la personne de confiance)

Nom d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance: .....

.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Portable : .....

- Cette personne, légalement capable, est :  Un proche  Un parent  Mon Médecin traitant
- Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui  non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation à domicile. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

### Réservé à la personne de confiance :

Je, soussigné(e) ..... certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à .....

Le .....

Signature de la personne de confiance

**souhaite ne pas désigner une personne de confiance :** je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de ma prise en charge. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

## 5. Directives anticipées

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté » (Extrait de l'article L. 1111-11 du code de la Santé Publique).

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Elles peuvent être, annulées ou modifiées à tout moment.

Si vous souhaitez que vos directives anticipées soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge : confiez-les-lui ou signalez leur existence et indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

**Avez-vous rédigé des directives anticipées ?**  OUI  NON

Si oui, il est important de communiquer vos directives anticipées à l'équipe soignante qui les intégrera dans votre dossier patient.

Si non, et si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, vous pouvez en faire la demande auprès de l'équipe soignante lors de votre hospitalisation.



## A SIGNER PAR LE PATIENT



### V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

***Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :***

- ***des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 4)***
- ***des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (page 4)***
- ***des informations sur la prévention des chutes (page 4)***
- ***des documents à fournir en vue de votre prise en charge- (page 4)***
- ***des informations sur les directives anticipées (page 11)***

Nom de naissance et signature du patient  
ou de son représentant



**La Direction, le Personnel et l'Équipe médicale  
vous remercient du temps consacré à la prise de connaissance  
des nombreuses informations de ce livret,  
indispensable à votre prise en charge dans notre établissement,  
conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**