

Mode d'hospitalisation : HC HTP

NOM et Prénom du patient :

Date de naissance du patient : ____ / ____ / ____

NOM et Prénom:

Exerçant l'autorité parentale : parent - tuteur

Mail :

Tél :

NOM et Prénom:

Exerçant l'autorité parentale : parent - tuteur

Mail :

Tél :

Souhaitez-vous rester dormir auprès de votre enfant ? Oui Non

Si oui, une chambre particulière vous sera attribuée. A ce titre, merci de compléter le formulaire : « ENR-PAR-16 Formulaire chambre individuelle »

AUTORISE(NT), pour toute la durée du séjour,

L'ESEAN à faire transférer le patient, en cas d'urgence vitale, dans l'établissement de soins que les praticiens de l'ESEAN jugent adapté à son état de santé	Oui / Non
Le patient à accéder au réseau internet	Oui / Non
La participation du patient aux activités extérieures organisées sous la surveillance du personnel soignant et éducatif	Oui / Non
L'ESEAN à (faire) photographier le patient pour répondre au besoin de vérifier l'identification dans le dossier patient . NB : une réponse négative engage le (les) titulaires de l'autorité parentale à fournir – <i>sans délai</i> - une photo d'identité récente	Oui / Non
L'ESEAN à (laisser) photographier et filmer le patient, dans le but d'un usage interne à l'établissement. Cet usage a plusieurs objectifs axés sur : - La communication : affichage à l'intérieur de l'établissement, expositions ou projections internes, etc. - La réalisation de bilans et d'observations cliniques	Oui / Non
L'ESEAN à (laisser) photographier et filmer le patient, dans le but d'un usage externe à l'établissement. Cet usage a plusieurs objectifs axés sur : - La supervision et la communication (événementiel dans le cadre de partenariat, internet, reportage à visée journalistique,...), - La recherche et l'enseignement	Oui / Non
Spécificité à l'HC : - Le patient à recevoir des appels téléphoniques sans restriction particulière (<i>appels provenant de l'extérieur et réceptionnés par l'accueil de l'ESEAN</i>) <u>Si réponse négative</u> , préciser les restrictions :	Oui / Non
- Le patient à avoir des visites sans restriction particulière <u>Si réponse négative</u> , préciser les restrictions :	Oui / Non

"Suite à la sortie du patient, acceptez-vous de recevoir par mail un questionnaire de satisfaction de l'ESEAN, interrogeant votre ressenti à propos de la qualité des soins et des prestations proposées ? Oui / Non

Si oui, adresse mail à utiliser :

Personne détentrice de l'autorité parentale	Personne détentrice de l'autorité parentale
A Date : ____ / ____ / ____	A Date : ____ / ____ / ____
Signature	Signature

Les autorisations données sont valables pour toute la durée de l'année en cours. Si vous souhaitez y apporter des modifications, merci de vous rapprocher du bureau des admissions.