



Voici ma Check-List Patient

**Pour ma sécurité et mon bien être,
Je n'oublie rien !**



À ma venue à l'Hôpital

- | | |
|---|---|
| J'ai ma carte vitale et ma carte d'identité, ma complémentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai vérifié mon identité sur mon bracelet ou mes étiquettes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai désigné ma personne de confiance | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'amène les résultats des examens qui m'ont été demandés par le médecin | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'évite de venir avec des objets de valeurs (bijoux, carte bancaire...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |



Lors de ma rencontre avec le médecin

- | | |
|---|---|
| Je sais pourquoi je vais être opéré(e) ou avoir un examen | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai compris ce que les médecins et infirmiers m'ont dit | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai indiqué tous mes médicaments et amené mes ordonnances aux médecins | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai indiqué mes allergies | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été informé(e) sur les Directives anticipées
<i>(Si NON : j'ai lu le support de communication présent dans le livret d'accueil)</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Je connais les risques potentiels de mon opération ou de mon examen, qui m'ont été expliqués par les médecins et les infirmiers | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'ai dit si j'avais été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 12 derniers mois | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Je sais si je ne dois pas manger et pas boire avant mon opération ou examen | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Si je réponds non à l'une des questions,
je n'ai pas validé ma Check-List,
j'informe l'équipe soignante qui s'occupe de moi**





Pendant mon hospitalisation

- Je dis si je ne me sens pas bien (nausée, vertige, ...) Oui Non
- Je dis si j'ai des inquiétudes (angoisses, ...), et que je souhaite en parler avec quelqu'un Oui Non
- Je parle avec les médecins des traitements préventifs des phlébites, surtout si je suis alité(e) Oui Non
- Je dis si j'ai mal Oui Non
- Je dis ce que je ne mange pas (exemple : sans viande...) Oui Non
- Je dis si j'ai besoin d'aide pour manger Oui Non



Quand je sors

- Je remplis mon questionnaire de satisfaction (dans le livret d'accueil) Oui Non
- Je sors avec ma lettre de sortie signée du médecin avec mon ordonnance Oui Non
- Je récupère mon traitement personnel et mes examens Oui Non
- J'ai compris les médicaments que je vais devoir prendre Oui Non
- J'ai organisé mon transport avec mes proches Oui Non
- Je récupère tous mes effets personnels Oui Non