

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
DÉCEMBRE 2024

NÉPHRO- LITHOTOMIE PERCUTANÉE (NLPC)

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :

WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

**Votre urologue se tient
à votre disposition
pour tout renseignement.**

Cette intervention consiste à introduire directement dans le rein à travers la peau et la paroi du dos un appareil qui permet de voir, de fragmenter et d'enlever le ou les calculs.

RAPPEL ANATOMIQUE

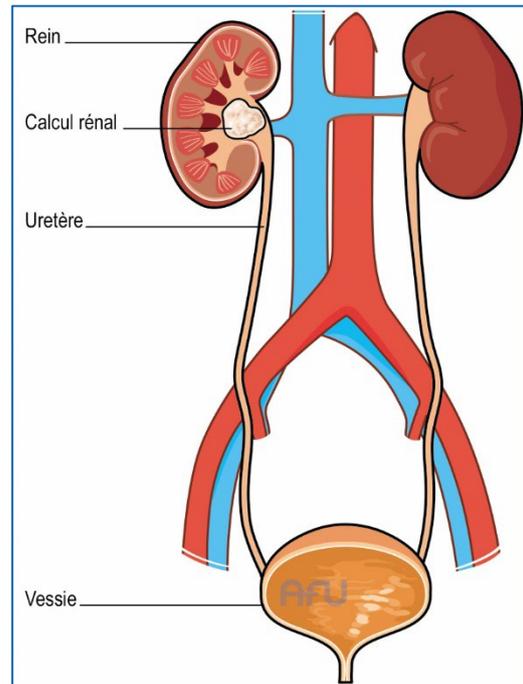
Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre participant à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme. Les reins sont habituellement au nombre de deux. Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale. L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.

Insérer QR code avec vidéo EAU

Attention

- L'analyse d'urine (ECBU) est indispensable pour réaliser l'intervention (à faire 7 à 10 jours avant !) sauf cas particulier
- Signalez à votre urologue tout traitement fluidifiant le sang : anticoagulant, anti-agrégant
- Signalez à votre urologue vos antécédents de saignement
- Pensez à ramener ordonnances et examens d'imagerie que vous avez en votre possession

Le schéma ci-contre vous aidera à situer les différentes parties de l'appareil urinaire. Les reins sont situés en haut et sur l'arrière de l'abdomen. Il existe habituellement un rein à droite et un autre à gauche. Le rein mesure environ 12 cm de haut et contient des cavités (calices) pour recueillir les urines. Ces calices se réunissent pour former le bassin. De là un canal fin, conduit les urines du rein vers la vessie : c'est l'uretère. Il mesure environ 20 cm de long. Les deux uretères (droit et gauche) conduisent les urines vers la vessie. La vessie est le réservoir des urines. Les urines s'évacuent de la vessie (miction) par un canal appelé urètre.



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le ou les calculs situés dans votre rein (ou le début de l'uretère sous le rein) justifient d'être traités car ils sont à l'origine d'une part de troubles (ou symptômes) tels que douleurs, saignement et infection et d'autre part de risque de blocage de l'écoulement de l'urine avec au maximum arrêt de fonctionnement du rein puis destruction du rein.

L'absence de traitement vous expose à la persistance ou à la récurrence de ces troubles et à des complications.

► PRINCIPE DE LA NÉPHRO-LITHOTOMIE PERCUTANÉE

Votre calcul est situé dans les cavités du rein. La néphro-lithotomie percutanée consiste à introduire directement dans le rein à travers la peau et la paroi du dos un appareil qui permet de voir, de fragmenter et d'enlever le ou les calculs. Dans certains cas, s'il reste des calculs, un traitement complémentaire pourra être nécessaire.

Les fragments de calculs sont recueillis afin d'être analysés.

Cette intervention nécessite habituellement une anesthésie générale et une hospitalisation de 2 à 5 jours au total. L'hospitalisation peut être prolongée si nécessaire.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Certains calculs peuvent être simplement surveillés ou traités médicalement. Pour les autres, les alternatives à la NLPC sont :

- **Lithotritie extracorporelle** : fragmentation des calculs par des ondes de choc sans effraction cutanée.
- **Urétérorénoscopie** : un appareil muni d'une caméra est introduit dans votre corps, par les voies naturelles en remontant vers le rein, afin de fragmenter les calculs.
- **Laparoscopie** : parfois robot assistée, est utilisée dans certaines indications. Une caméra est directement introduite dans la cavité abdominale par de petites ouvertures cutanées sous anesthésie générale. L'Urologue peut retirer certains gros calculs en ouvrant le bassinet du rein.
- **Chirurgie classique** : l'opération nécessite une ouverture large de la peau et de la paroi de l'abdomen pour aborder le rein en entier et retirer de très gros calculs.

Le choix de la technique dépend principalement de la taille, de la situation et de la dureté du calcul. Votre urologue vous a expliqué les avantages, les inconvénients et les suites habituelles de chaque méthode et la raison pour laquelle il vous propose une intervention par néphro-lithotomie percutanée (acronyme : NLPC). Le choix a été guidé par les recommandations rédigées par l'Association Française d'Urologie.

Cette intervention est nécessaire car, en l'absence de traitement, le calcul vous expose au risque de

complications : douleurs, saignements, fièvre, altération de la fonction du rein, infection du rein, parfois septicémie qui peut être fatale.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est obligatoire.

Il est indispensable de réaliser une analyse d'urines avant l'intervention, et d'informer votre urologue des résultats. En cas de présence de germes (bactéries urinaires), une antibiothérapie vous sera prescrite 3 à 5 jours avant le geste opératoire pour encadrer le geste chirurgical et limiter les complications infectieuses (traitement à poursuivre également quelques jours après l'intervention)

Compte tenu de la complexité de la technique de NLPC, un scanner est généralement réalisé, avant le choix thérapeutique. Cet examen précise au mieux la taille du ou des calcul(s), la forme du rein et les organes situés autour du rein. Il est impératif de signaler à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux, allergiques et vos traitements en cours, en particulier fluidifiants sanguins : anticoagulants oraux ou injectables ou antiagrégants (aspirine, clopidogrel, anti-vitamine K...). Leur utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention. Ce traitement pourra être adapté et éventuellement modifié avant l'intervention.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'opération se déroule habituellement sous anesthésie générale. L'intervention commence en principe par la mise en place d'une sonde dans le rein par les voies naturelles pour assurer le drainage des urines du rein.

Le patient est ensuite placé à plat ventre ou sur le dos, selon les possibilités opératoires et les habitudes du chirurgien. Les cavités du rein sont ponctionnées à travers la peau du dos sous contrôle radiographique et/ou échographique. Puis on crée un trajet (tunnel) d'environ 5 à 10 millimètres de diamètre entre la peau et le rein pour pouvoir introduire le matériel d'endoscopie. Le calcul est ensuite extrait en entier ou fragmenté par diverses modalités dont le Laser. Dans certains cas un deuxième trajet peut être nécessaire. Dans d'autres cas un urétroscope peut être introduit dans les voies naturelles pendant la même intervention pour effectuer un abord combiné. Cet abord combiné permet tenter de traiter des calculs inaccessibles par le trajet de ponction de percutanée. Lors d'un abord combiné l'Urologue peut mettre en place une sonde JJ de drainage qui sera habituellement retirée entre 2 et 4 semaines après l'intervention.

L'intervention se termine en général par la mise en place d'une sonde dans le rein sortant à travers la peau (néphrostomie). Cependant, plusieurs méthodes de drainage sont possibles en fin d'intervention. Votre chirurgien vous les expliquera. Dans certains cas, une deuxième exploration du rein, par le même trajet ou par urétéroréno-scopie, peut être réalisée dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération. Cela permet d'extraire des fragments ou calculs restants. Cela prolonge l'hospitalisation de quelques jours ou nécessite une seconde hospitalisation.

Le calcul (ou ses fragments) est adressé pour analyse afin de définir les risques de récurrence et orienter la prise en charge à moyen et long terme.

A noter que dans certains cas, le recours à un

toucher vaginal chez la femme peut être nécessaire pour l'introduction du matériel d'endoscopie.

SUITES HABITUELLES

Les sondes assurant le drainage des urines en fin d'intervention sont enlevées dans les premiers jours postopératoires en l'absence de complication (saignement ou infection). Il peut être nécessaire de rester au lit si le maintien du drainage l'impose.

Les douleurs postopératoires peuvent être présentes le long du trajet emprunté dans le dos et soulagées par les antalgiques habituels.

Il est possible que des fragments de calcul s'éliminent par les voies naturelles et soient à l'origine de coliques néphrétiques. Les urines peuvent être teintées de sang pendant quelques jours.

Une température proche de 38°C est fréquemment observée sans pour autant correspondre à une infection. Cependant des prélèvements d'urines et éventuellement de sang peuvent être indiqués. Un traitement antibiotique peut être nécessaire en cas d'infection avérée.

Les deux illustrations ci-dessous vous montrent le trajet percutané qui permet l'accès à votre calcul à travers la paroi de l'abdomen et du rein et son drainage (sonde de néphrostomie).

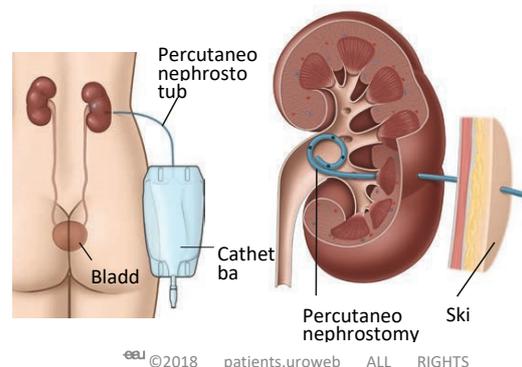


Fig. 2a: A percutaneous

Fig. 2b: A percutaneous

RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Ils vous seront expliqués lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

Les complications communes à toute chirurgie sont :

- Infection locale, généralisée
- Saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

Des échecs et des complications directement en relation avec la néphro-lithotomie percutanée peuvent survenir.

Pendant le geste opératoire

- Échecs : impossibilité de placer une sonde dans le rein ou de ponctionner le rein nécessitant un changement de stratégie ou

une 2^{ème} tentative différée.

- Blessure du rein ou des cavités rénales
- Blessure des organes de voisinage (foie, rate, tube digestif, poumon) pouvant nécessiter un geste complémentaire.
- Blessure d'un vaisseau sanguin responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang, une embolisation ou un geste chirurgical.

Chacune de ces complications peut amener le chirurgien à interrompre l'intervention et à modifier la technique opératoire voire à réaliser une ouverture chirurgicale.

Exceptionnellement, l'ablation du rein peut être nécessaire en cas de risque vital.

Dans les suites post-opératoires précoces

- Infection urinaire justifiant un traitement antibiotique voire un geste complémentaire radiologique ou chirurgical.
- Coliques néphrétiques par migration de fragments dans l'uretère
- Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire : embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) transfusion ou reprise chirurgicale.
- Fistule digestive pouvant nécessiter dans certains cas une reprise chirurgicale avec réalisation d'une stomie digestive temporaire (anus artificiel)
- Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.
- Risque de pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) pouvant justifier la mise en place d'un drain thoracique.

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Fistule urinaire due à un retard de cicatrisation de la voie urinaire, à l'origine d'un écoulement d'urines par la cicatrice, pouvant nécessiter le drainage des cavités rénales par une sonde extériorisée ou par une sonde interne (sonde JJ) afin d'assécher la fistule.
- En cas de rein unique, risque de recours provisoire ou définitif au rein artificiel (dialyse).

Risques à distance

- **Hémorragie** : elle peut survenir dans le mois qui suit l'opération. Alors que les urines étaient claires elles deviennent franchement rouges, avec des caillots. Il faut alors contacter votre urologue, vous rendre aux urgences proches de chez vous, ou contacter le 15.
- **Infection** : une infection peut secondairement survenir avec éventuelle fièvre. Vous devrez contacter votre médecin et/ou votre urologue. Cette infection peut entraîner une septicémie avec défaillance cardio-vasculaire et décès exceptionnellement.
- **Dilatation des cavités rénales** : elle peut être constatée sur les examens de suivi et justifier éventuellement des gestes complémentaires.
- **Calcul résiduel** : il se peut que des fragments ou calculs n'aient pas pu être extraits. Ces éléments résiduels justifient le suivi par votre urologue et éventuellement la réalisation d'un traitement complémentaire.

peuvent continuer à s'éliminer par les voies naturelles dans un délai compris entre quelques jours et quelques semaines. En l'absence de douleurs, des boissons abondantes faciliteront cette élimination. (> 1,5 l par jour). Il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans les 15 jours suivant l'intervention.

A votre sortie des ordonnances vous sont remises pour, le cas échéant :

- Retirer les fils sur la cicatrice
- Prise d'antibiotiques qui peuvent vous être prescrits selon la nature du calcul ou en cas d'infection postopératoire
- Prise de sang et analyse d'urines (ECBU)
- Un contrôle radiographique (cliché d'abdomen sans préparation (ASP), échographie ou scanner)

Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La convalescence dure une dizaine de jours à quelques semaines si nécessaire. La reprise d'une activité normale, sans douleur, est possible rapidement. Les activités sportives ne sont pas recommandées avant 3 ou 4 semaines. Vous discuterez avec votre urologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Il faut être attentif à la couleur des urines pendant la semaine qui suit l'hospitalisation. En effet un saignement secondaire, certes rare, peut survenir et justifier un avis urologique en urgence notamment si présence de caillots associés. Il en est de même en cas de fièvre, de douleurs ou d'écoulement d'urines par la cicatrice. Quelques semaines plus tard, vous reverrez votre chirurgien en consultation pour évaluer le résultat afin de vérifier s'il persiste des calculs et de prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

SUITES D'INTERVENTION

► Informations générales

Dans certains cas, des fragments du calcul

► Précautions

Prévention d'une phlébite et embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvement des membres inférieurs favorisent la stase veineuse. Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballotement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin. En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence ou composer le 15 car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire.

Cicatrisation

La chirurgie comporte habituellement une courte incision. Cette incision est une porte d'entrée possible pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge ou chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice, sans urgence, à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière suivant la prescription médicale de sortie.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

► Que faire, si je présente :

Une fièvre

Toute fièvre > 38,5° ou frissons inexplicables dans les suites opératoires doit vous amener à consulter votre médecin ou votre urologue.

Un saignement urinaire

Il peut survenir dans les suites de votre intervention. Il provient de la plaie, correspondant à l'ouverture du rein lors de l'intervention. Ce saignement est généralement identifié rapidement, mais il peut, rarement, survenir à distance de l'intervention. Vous pouvez alors observer des urines rouges, éventuellement avec des caillots, une sensation de pesanteur dans le flanc du côté opéré, un essoufflement, une baisse de pression artérielle avec possibilité de malaise, exceptionnellement un écoulement de sang par la cicatrice cutanée. Dans ces cas, vous devez consulter rapidement votre urologue ou un médecin de service d'urgences ou composer le 15. Dans la majorité des cas, un saignement urinaire modéré est habituel pendant les jours qui suivent l'intervention. Vos urines sont alors rosées, ce d'autant qu'il a été nécessaire de vous poser une sonde entre le rein et la vessie (sonde double J). Il vous est alors conseillé d'augmenter vos boissons pour éclaircir vos urines.

Une fuite d'urine par la cicatrice

Les urines peuvent en partie s'extérioriser par l'orifice pratiqué au niveau du rein. Elles s'écoulent alors par la cicatrice. Un tel écoulement peut survenir exceptionnellement à distance de l'intervention. Un écoulement réapparaissant par la cicatrice, une sensation de pesanteur persistante du côté opéré, associés ou non à de la fièvre doivent vous amener à consulter votre urologue.

La migration de fragments de calculs

L'intervention a pour but l'ablation du ou des calculs rénaux, mais il arrive qu'il persiste des fragments dans les cavités rénales. Ils s'éliminent alors progressivement dans les urines. Leur présence ne doit pas vous inquiéter.

Dans de rares cas, ces fragments peuvent obstruer l'écoulement de l'urine et être responsables d'une colique néphrétique ou de la réouverture de la plaie du rein avec fuite urinaire. Ces situations nécessitent une consultation rapide auprès de votre urologue.

Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son

accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

Des difficultés à uriner

La force du jet vous semble faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés (poussée abdominale, miction en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical rapide.

Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?

Vous pouvez prendre des douches, mais évitez les bains pendant 15 jours.

Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités est possible 1 mois environ après l'intervention.

Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui peut ne pas être compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible avec l'accord de votre chirurgien.

Puis-je voyager ?

Les voyages sont possibles avec l'accord de votre chirurgien.

Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible dès que votre état général le permet.

Il est difficile de répondre ici à toutes vos questions, n'hésitez pas à contacter votre urologue ou votre médecin traitant.

► Signes qui peuvent survenir et conduite à tenir

Ces situations nécessitent une consultation **URGENTE** auprès de votre urologue ou de votre médecin traitant.

- Des sueurs, un essoufflement, des palpitations et / ou une pâleur cutanée
- Une fièvre ou des frissons
- Des urines très sanglantes
- Des douleurs intenses du côté traité
- Des vomissements et ou un arrêt du transit intestinal

Il vous est recommandé de boire abondamment. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond aux objectifs de :

- Evaluer le résultat du traitement.
- Détecter d'éventuelles complications.
- Réaliser un bilan métabolique en fonction de l'analyse des fragments du calcul.

Prendre les mesures nécessaires sans lesquelles le taux de récurrences est très élevé.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux,

tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie,

en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989



ou par internet : [tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-service.fr)

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **néphro-lithotomie percutanée (NLPC)**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site www.urofrance.org/espace-grand-public/

L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

Le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

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

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne