

 <p>CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL LIMOGES</p>	<p>Formulaire d'enregistrement SDDE Péril Imminent, Recherche de tiers, Relevé des démarches de recherche et d'information (Article L 3212 - 1 - II 2° du Code de la santé publique)</p>	FE-PCS-015v 003
		Nb de page : 2
		Date d'application 28/10/2024

Patient :
 Nom et Prénom _____
 Né (e) le ____/____/____
 Admis le ____/____/____ au **CH ESQUIROL en SDDE – Péril Imminent**

OU

Etiquette patient

Article L 3212-1 du Code de la santé publique : (extrait)
 Lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi, le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission
 Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

DEMARCHES DE RECHERCHE D'UN TIERS

- Recherche infructueuse de tiers dans le DPI
- Le Patient est dans l'incapacité psychique d'indiquer l'identité et les coordonnées d'une personne pouvant présenter une demande de tiers
- Le Patient refuse d'indiquer l'identité et les coordonnées d'une personne pouvant présenter une demande de tiers
- Un tiers est identifié :

	Auteur de la démarche	Date/Heure	Personne contactée			Résultats / Suites du contact		Observations
			Nom/prénom	Lien de parenté	Coordonnées tel			
URGENCES PSY/Coord / CROP						Appel non abouti	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	
						Ne souhaite pas être tiers	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	

Qualité/signature

Unité	Auteur de la démarche	Date/Heure	Personne contactée			Résultats / Suites du contact	Observations
			Nom/prénom	Lien de parenté	Coordonnées tel		
UNITE DE SOINS						Appel non abouti	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
						Ne souhaite pas être tiers	<input type="checkbox"/>

Document transmis au bureau des admissions le ----/-----/-----

Qualité/signature

Auteur de la démarche	Date/Heure	Personne contactée			Résultats / Suites du contact	Observations
		Nom/prénom	Lien de parenté	Coordonnées tel		
ADMISSIONS					Appel abouti et info transmise	<input type="checkbox"/>
					Appel non abouti. Envoi courrier d'info	<input type="checkbox"/>

Qualité/signature