

צרפתיית

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé

טופס זכויות וחובות למתאשפז ביחידה פסיכיאטרית

Formulaire : droits et devoirs de l'hospitalisé
en unité psychiatrique

(selon le paragraphe 35 (6) de la loi sur le traitement des malades mentaux-1991)

1. Afin d'être hospitalisé vous passerez un examen médical, mental et physique.
2. Lors de votre admission à l'hôpital, de l'information d'ordre général sur l'hôpital vous sera fournie ainsi que sur votre état de santé et sur la nécessité de l'hospitalisation; de plus il vous sera transmis de l'information et une explication sur vos droits et devoirs.
3. Votre hospitalisation dépend de votre consentement, à moins d'être hospitalisé:
 - (1) sur ordonnance du tribunal de justice,
 - (2) suite à la demande d'hospitalisation du Psychiatre de district,
 - (3) en conformité avec la décision du Directeur de l'hôpital qui a requis une hospitalisation urgente.
4. Lors de votre admission, on vous demandera de signer un formulaire de consentement pour suivre un traitement; si vous avez été hospitalisé de votre propre gré, il vous sera accordé un traitement médical mais pas de soins d'urgence et seulement avec votre plein accord. Cet accord ne comprend pas les soins spéciaux pour lesquels vous devrez donner votre accord à part. Si vous refusez de suivre un traitement médical, le Directeur de l'hôpital est en droit de vous libérer.
5. Votre hospitalisation durera jusqu'au moment où vos conditions médicales vous permettront de vous libérer. Si vous avez été hospitalisé de votre propre gré, vous êtes en droit de demander par écrit, du Directeur de l'hôpital de vous libérer. Le directeur doit vous libérer dans les 48 heures suivant la soumission de votre demande à moins que durant cette période soit soumise une demande supplémentaire d'hospitalisation en raison de votre état de santé.
6. Si vous avez été hospitalisé suite à la demande d'hospitalisation du Psychiatre de district, vous avez le droit de faire appel auprès de la commission psychiatrique du district; votre appel doit être soumis via le Directeur de l'hôpital, le Psychiatre de district ou le Directeur des Services de la Santé Mentale au Ministère de la Santé.
7. Si vous avez été hospitalisé suite à une ordonnance du tribunal de justice ou suite à la demande du Psychiatre de district, le traitement vous sera administré y compris un soin spécial, même sans votre accord.
8. Vous ne pouvez pas être transféré de l'institut dans lequel vous êtes hospitalisé vers un autre institut psychiatrique sans votre accord. Si vous vous opposez au transfert, vous ne pouvez pas être déplacé sans l'accord du Psychiatre de district et dans certains cas sur la demande du Directeur des Services de la Santé Mentale au Ministère de la Santé.
9. L'objectif principal de votre hospitalisation est de suivre un traitement médical; vous êtes en droit de recevoir un traitement médical et des soins à domicile, de la nourriture et des médicaments selon votre état de santé, mental et physique et en conformité avec les conditions et les accords existant au sein du système de santé en Israël. Si vous n'avez pas les moyens financiers, l'hôpital vous versera une somme conforme à la norme.

10. Vous avez le droit de détenir des objets personnels de façon raisonnable, de porter vos habits personnels, le tout selon votre état de santé et en conformité avec les normes en pratique à l'hôpital.

11. Vous avez le droit de maintenir le contact avec les membres de votre famille et vos amis, par téléphone, de recevoir des colis ou une correspondance fermée ainsi que de recevoir des invités aux heures de visite; le coût des frais de poste et de téléphone seront à votre compte; même si votre état de santé ne vous permet pas d'établir tous les types de liens mentionnés, vous êtes en droit d'envoyer des lettres fermées à votre avocat, à votre délégué, au Psychiatre de district, à la Commission psychiatrique ou au Conseiller Juridique du Gouvernement.

12. Vous êtes libre de circuler au sein de l'hôpital. Si votre état de santé ne vous le permet pas, votre médecin est en droit de décider de limiter vos déplacements jusqu'à l'amélioration de votre état; les sorties en dehors de l'hôpital font parti du traitement et seront accordées par l'équipe traitante.

13. Toute information que vous transmettez ou qui a été transmise vous concernant est confidentielle; l'équipe traitante ne pourra transmettre de l'information vous concernant qu'au personnel médical autorisé ou selon la loi. Pour toutes les autres personnes comme votre famille, vos amis et autres instituts, l'information sera transmise avec votre plein accord ou en tenant compte de votre état de santé, et de l'appréciation de l'équipe soignante.

14. Vous êtes en droit de recevoir de l'information sur l'état de votre santé; cette information vous sera transmise en fonction du jugement du médecin traitant.

15. Le Ministère de la Santé est en droit de déterminer le montant de votre participation au frais d'hospitalisation selon les règlements en vigueur.

16. Vous êtes en droit de garder et de gérer vos biens lors de l'hospitalisation, à moins que le directeur ait décidé par écrit que vous n'êtes pas en mesure de défendre vos intérêts; vous êtes en droit de faire appel à une telle décision auprès de la commission psychiatrique.

17. L'hôpital vous permettra de continuer à respecter vos croyances, votre culture et vos coutumes.

18. Vous vous devez de respecter le prochain, l'équipe et toutes les personnes se trouvant à l'hôpital; vous devez préserver la propreté, maintenir le silence, respecter l'intimité des autres patients et ne pas les violenter ni endommager leurs biens.

19. L'équipe vous considère comme un partenaire actif pour planifier votre traitement et ses changements; le progrès de votre traitement dépend en grande partie de votre coopération. L'équipe attend de vous d'avoir un rôle actif dans les soins et les différents programmes qui vous sont destinés.

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé

הסכמה של מאושפז מרצון לקבלת טיפול מיוחד

Hospitalisation volontaire et traitement spécial

(paragraphe 4(A) de la loi du malade mental 1991)

Nom de famille	Prénom	Nom du père	Numéro d'identité
----------------	--------	-------------	-------------------

Hospitalisé à _____

Je soussigné avoir reçu une explication détaillée sur mon état de santé et sur le traitement spécial que je dois recevoir comprenant une anesthésie et les effets secondaires qu'il peut y avoir.

Nom du traitement _____

Le traitement m'a été expliqué par _____
employé en tant que _____

J'accepte de recevoir tout traitement nécessaire par le personnel médical (médecins, infirmières etc.) selon les besoins médicaux de mon état.

Je soussigné qu'il ne m'a été donné aucune promesse concernant les résultats du traitement. Les examens et les traitements médicaux que je suis sensé recevoir à l'hôpital seront donnés par le personnel adéquat selon les lois et conditions de travail de l'hôpital. Je n'ai reçu aucune promesse concernant le médecin qui effectuera le traitement.

Nom et signature du patient/tuteur _____

Adresse _____

Je soussigné avoir été présent lors de la signature de ce formulaire.

_____	_____	_____	_____
Nom	Membre du personnel hospitalier	Signature	Date

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

_____	_____	_____	_____
תאריך	חתימה	תפקיד בבית חולים	שם

ÉTAT D'ISRAËL
Ministère de la santé

הסכמה לקבלת טיפול בנזעי חשמל
Traitement électroencéphalogramme

1) Le patient/la famille/le garant accepte que le patient subisse un électroencéphalogramme:

A- Je (le patient) soussigné _____
Nom Prénom Numéro d'identité
Adresse _____

B- Famille _____
ou tuteur Nom Prénom Numéro d'identité

Lien familial _____ Adresse _____ Téléphone _____

soussignons/e, après qu'il nous/m'ait été expliqué clairement l'état de santé du patient et la nécessité de l'électroencéphalogramme comprenant une anesthésie et les effets secondaires qu'il peut y avoir et acceptons/e les traitements médicaux spéciaux.

Signature du patient Signature de la famille Nom du médecin
présent pour cette signature

2) État de santé physique du patient avant l'électroencéphalogramme.

Je soussigné avoir ausculté le patient et lu son dossier médical comprenant les résultats des examens de laboratoire, et suis arrivé à la conclusion qu'il n'y a aucune contre-indication à ce qu'il subisse un électroencéphalogramme.

Date Signature du spécialiste de l'hôpital Tampon du spécialiste

3) État de santé neurologique avant l'électroencéphalogramme:

Date Signature du neurologue Tampon du neurologue

4) État de santé psychiatrique:

Nous soussignons avoir ausculté le patient et/ou lu son dossier médical et nous sommes arrivés à la conclusion que le patient cité ci-dessus doit subir un électroencéphalogramme.

Directeur du service Directeur de l'unité de ECT Directeur de l'hôpital

Date Date Date

אני מאשר כי הטופס נחתם בפני

תאריך חתימה תפקיד בבית חולים שם