



Centre  
Te Tiare

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES



## RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES PATIENTS

### À REMETTRE AU SECRÉTARIAT MÉDICAL

#### Article 1 - COMPORTEMENT DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Le patient s'engage à suivre le plan de soins et les prescriptions effectuées par les Médecins du Centre. Le comportement ou les propos des patients hospitalisés ne doivent pas représenter une gêne ou une atteinte à la sécurité pour les autres patients, les personnels et le fonctionnement des services.

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

#### Article 2 - MOBILITÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Vous êtes admis en secteur Tiare ou Taina.

En fonction de l'amélioration de votre état de santé, un transfert en secteur d'hospitalisation de semaine pourra être organisé au cours de votre séjour.

Les déplacements hors de l'établissement dans la journée nécessitent une autorisation médicale et administrative. Toute absence non autorisée pourra justifier l'exclusion de l'établissement.

#### Article 3 - RÈGLES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ

Une tenue correcte et décente est exigée pour circuler dans l'établissement.

Les appareils sonores doivent être réglés de façon à ne pas gêner les autres patients ou les membres du personnel.

Il est interdit d'introduire ou de consommer des boissons alcoolisées ainsi que des produits stupéfiants

dans l'établissement (*paka, ice...*).

Il est strictement interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi de pays N° 2010-2 du 15 mars 2010.

Les locaux réservés au personnel sont interdits aux autres usagers (*patients et visiteurs*).

#### Article 4 - MODALITÉS D'EXERCICE DU DROIT DE VISITE

Les visites aux hospitalisés ont lieu du lundi au samedi de 11h et 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni substances illicites, ni médicaments, ni denrées incompatibles avec le régime alimentaire du patient, ni animaux domestiques.

Les visiteurs motorisés doivent stationner aux emplacements réservés à cet effet.

#### Article 5 - RESPECT DU MATÉRIEL

Les patients doivent respecter les locaux et le matériel mis à leur disposition. Tout vol ou dégradation de matériel impliquera, outre la mesure disciplinaire (*voir ci-dessous*) et les éventuelles poursuites civiles ou pénales, une réparation financière de la part du responsable.

Pour des raisons de sécurité, le branchement d'appareils électriques est limité au ventilateur, au rasoir et au chargeur d'appareils portables (téléphone / ordinateur).

L'utilisation des installations sanitaires des chambres est réservée à l'usage des patients.

Lorsqu'un patient cause des désordres graves ou persistants, le Directeur, en accord avec le Médecin responsable, peut prononcer le renvoi immédiat de l'établissement.

#### → AUTORISATION

J'autorise le Centre Te Tiare à réaliser et à conserver une photographie destinée à mon identification dans le dossier médical informatisé. Je suis informé(e) que l'établissement n'en fera aucune autre utilisation.

oui

non

☐☐

Dans l'éventualité d'un reportage photographique ou vidéo exécuté au centre, j'autorise l'établissement à diffuser mon image à titre gratuit.

☐☐

J'accepte le port du bracelet d'identification qui peut m'être proposé pour améliorer ma sécurité.

☐☐

Je soussigné(e)..... affirme avoir pris connaissance de ce document, le.....

« Lu et approuvé »

Signature :



Centre  
Te Tiare

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES



FORMULAIRE DE DÉSIGNATION  
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
(Art.L.1111-6 du code de la Santé Publique)

À REMETTRE AU SECRÉTARIAT MÉDICAL

Je soussigné(e) (*nom, prénom, adresse*).....

.....

Désigne M, M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup> (*nom, prénom, adresse, tél., fax, e-mail*).....

.....

Lien avec le patient (*parent, proche, médecin traitant, autre*).....

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pendant la durée de mon hospitalisation.

J'ai bien noté

- que M, M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>..... pourra être consulté(e) par l'équipe de l'établissement au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à Punaauia le..... le.....

Signature de la personne de confiance :

Signature du patient :