

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

INFORMATIONS SUR LE PATIENT	
Nom :	
Prénom(s) :	
Date de naissance :	UHID :
Date d'admission (le cas échéant) :	IPID (le cas échéant) :
Adresse de résidence :	Sexe :
Médecin :	Panel :
Téléphone (portable) :	Téléphone (domicile/bureau) :
Nom du proche parent :	Téléphone du proche parent :

CONTENU DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous (ou le patient susnommé, lorsqu'un Représentant (tel que défini ci-dessous) signe en votre nom¹) êtes sur le point d'être admis(e) à (l'« Hôpital »), exploité par C-Care Hospitals and Clinics (Mauritius) Ltd (« C-Care »).

Dans ce contexte, il est obligatoire que nous obtenions votre consentement – ou, si vous n'êtes pas en mesure de donner personnellement votre consentement, celui de votre représentant légalement autorisé (RLA)² ou de votre proche parent (un « Représentant ») – avant toute prise en charge médicale et/ou tout traitement.

Avant de signer ce formulaire de consentement, nous vous invitons à lire attentivement les informations ci-dessous et à poser toute question éventuelle à votre médecin traitant ou à tout autre professionnel de santé de l'Hôpital.

Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment, y compris après avoir signé ce formulaire, à condition d'en informer votre médecin traitant et de formuler ce retrait de consentement par écrit.

MÉDECIN TRAITANT

Le choix du médecin traitant vous appartient. Vous pouvez choisir votre médecin traitant, selon la disponibilité de ce dernier et les exigences du traitement. En cas d'urgence, ou si le médecin traitant de votre choix n'est pas disponible ou n'est pas en mesure de vous dispenser le traitement dont vous avez besoin, tout autre médecin consultant à l'Hôpital et disposant des connaissances et compétences professionnelles appropriées vous prodiguera les soins médicaux.

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

Dans votre intérêt, votre médecin traitant peut solliciter un second avis ou l'avis d'un expert auprès d'un médecin dûment qualifié. Dans ce cas, un consentement spécifique vous sera demandé – ou à votre Représentant, le cas échéant –, sauf en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une décision immédiate. Votre médecin traitant communiquera toutes les informations pertinentes à ce confrère.

Vous êtes sous la responsabilité de votre médecin traitant. Nous attirons votre attention sur le fait que votre médecin traitant peut ne pas être employé par C-Care et exerce donc de manière indépendante ; en conséquence, C-Care ne saurait être tenue responsable de tout acte ou omission dudit médecin traitant.

Vous devez vous assurer de recevoir, dans une langue que vous comprenez, des informations appropriées concernant le plan de soins, le plan de traitement ou la ou les procédures proposés, leur durée prévue et leurs bénéfices, les risques potentiels qui y sont liés ainsi que ceux de tout autre traitement ou procédure disponible (y compris l'absence de traitement ou de procédure), et les coûts associés, afin que vous puissiez librement accepter ou refuser un traitement et/ou une procédure.

PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES

Si vous devez subir des procédures spécifiques telles qu'une anesthésie, une intervention chirurgicale, des examens d'imagerie médicale, une transfusion de produits sanguins, une évaluation à risque, une participation à des projets de recherche, un enregistrement photographique et audiovisuel, l'administration de médicaments inhabituels ou par des voies inhabituelles, ou tout autre examen comportant des risques ou des effets secondaires importants, un formulaire de consentement spécifique vous sera soumis – ou à votre Représentant, le cas échéant –, sauf en cas de situation mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une décision immédiate. Ce formulaire de consentement complémentaire sera plus détaillé quant à la procédure spécifique que vous devrez subir et viendra compléter le présent formulaire de consentement général.

Vous comprenez que, si vous apportez des médicaments avant votre admission, ceux-ci seront recueillis et vérifiés par l'infirmier(ère). Si un médicament est jugé dangereux, il sera remis à votre proche parent. Si le médicament est conforme et compatible avec votre plan de traitement, il vous sera administré par un(e) infirmier(ère) conformément aux instructions du médecin traitant.

ANALYSES DE LABORATOIRE

C-Lab (International) Ltd est le prestataire de services de laboratoire privilégié de C-Care, en raison de la qualité et de la fiabilité de ses services et de ses délais établis de rendu des résultats.

Vous avez le droit de choisir un autre prestataire de services de laboratoire pour vos analyses. Si vous choisissez un autre laboratoire, il vous appartiendra de prendre directement avec ce laboratoire les dispositions nécessaires pour le prélèvement de vos échantillons sanguins et pour toute communication avec votre médecin. C-Care Hospital & Clinics ne saurait être tenue responsable de la qualité, de

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

l'exactitude ou des délais des résultats émis par ce laboratoire, ni de tout retard de diagnostic, de traitement ou de prise en charge clinique résultant du recours à ce laboratoire ou de la manipulation, du traitement ou de la transmission de l'échantillon par celui-ci.

AUTRES SERVICES DIAGNOSTIQUES ET PARAMÉDICAUX

Au cours de votre admission et de votre traitement à l'Hôpital, vous pourriez avoir besoin de services diagnostiques et/ou paramédicaux, notamment, sans que cette liste soit limitative, d'imagerie médicale, d'électrocardiographie et d'autres services diagnostiques.

Bien que C-Care fournisse ces services, vous avez le droit de choisir un autre prestataire. Si vous choisissez un autre prestataire, il vous appartiendra de prendre directement les dispositions nécessaires avec le prestataire de votre choix. C-Care ne saurait être tenue responsable si votre choix d'un autre prestataire compromet la prestation appropriée et en temps utile de votre traitement.

Si vous choisissez un autre prestataire, il vous sera demandé de signer un formulaire de sortie contre avis médical (DAMA – Discharge Against Medical Advice), qui déclenchera la procédure de sortie habituelle.

PROCÉDURE D'URGENCE

Votre médecin traitant ou tout autre médecin de l'Hôpital pratiquera toute intervention d'urgence, qu'elle soit médicale, chirurgicale ou d'investigation, sans obtenir votre consentement préalable – ni celui de votre Représentant – si le médecin dûment enregistré estime qu'un traitement vital est nécessaire. Dans une telle situation, vous serez pris(e) en charge conformément à la procédure d'urgence en vigueur à l'Hôpital.

POSSIBILITÉ DE TRANSFERT

J'ai été informé(e) que je pourrai (ou que le patient pourra, selon le cas) être orienté(e) ou transféré(e) vers un autre hôpital ou établissement médical après l'admission à l'Hôpital, en fonction de la disponibilité des services, du non-paiement des Frais concernés (tels que définis ci-dessous) et sous réserve de l'avis médical du ou des médecins traitants.

COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ ET REFUS D'ADMISSION

Je comprends que C-Care s'engage à maintenir un environnement sûr et sécurisé pour ses patients, ses visiteurs et son personnel. Je reconnais que toute forme de violence, d'agression ou de comportement menaçant envers le personnel médical, le personnel hospitalier ou d'autres patients est strictement interdite. J'accepte que, si j'adopte un comportement violent ou agressif, C-Care se réserve le droit, à sa seule discrétion, de me refuser l'accès à ses locaux et à ses services médicaux pour des soins ne mettant pas en jeu le pronostic vital.

RISQUES

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

La pratique de la médecine et de la chirurgie n'est pas une science exacte, et tout traitement peut comporter des risques de lésion, voire de décès. Le résultat d'un traitement ou d'une procédure ne peut être garanti.

Il est strictement interdit de fumer et d'utiliser des dispositifs électroniques, notamment des cigarettes électroniques et des vapoteuses, dans l'enceinte de l'hôpital. Si un patient, malgré cette interdiction et contre avis médical, choisit de quitter l'enceinte de l'hôpital pour fumer, vapoter ou utiliser tout autre dispositif de délivrance de nicotine, il le fait à ses propres risques et sous sa propre responsabilité. C-Care ne peut garantir la sécurité du patient ni assurer de surveillance médicale lorsqu'il se trouve hors de ses locaux, et ne saurait être tenue responsable des conséquences découlant directement de la décision du patient de quitter l'hôpital à cette fin.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Vous êtes responsable de vos effets personnels, de votre argent et de vos objets de valeur pendant votre hospitalisation. C-Care ne saurait être tenue responsable de toute perte ou de tout dommage concernant vos effets personnels, votre argent et vos objets de valeur.

2. Heures de visite :

i) C-Care Darné : 06h30 à 07h30 et 16h00 à 19h00 (Services)

10h00 à 11h00 et 19h00 à 20h00 (Soins intensifs)

ii) C-Care Wellkin : 13h00 à 14h00 et 18h00 à 20h00 (Services)

11h00 à 12h00 et 18h00 à 19h00 (Soins intensifs)

13h00 à 14h00 et 19h00 à 20h00 (Maternité)

iii) C-Care Grand Baie : 11h00 à 12h00

18h00 à 20h00

Les visiteurs ne sont pas autorisés à rester auprès du patient en dehors des heures de visite ; toutefois, une personne peut rester auprès du patient si celui-ci est vulnérable.

Si le patient est âgé de plus de 75 ans, il sera, pour sa propre sécurité, admis en chambre individuelle et une personne devra OBLIGATOIREMENT rester auprès de lui.

Par ailleurs, à la suite d'une évaluation par l'équipe infirmière, il pourra être demandé à tout patient, quel que soit son âge, qu'une personne reste auprès de lui en chambre individuelle.

Les visiteurs ne sont pas autorisés à dormir dans l'enceinte de l'hôpital.

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

Les heures de visite doivent être respectées. Nous nous réservons le droit de demander aux visiteurs de partir afin de poursuivre les soins au patient.

3. Vous pouvez contacter l'équipe des Relations Patients pour toute réclamation ou doléance.

C-Care Wellkin : patientrelationsteam@wellkinhospital.com

C-Care Darné : patientexperience@cliniquedarne.com

C-Care Grand Baie : patientexperienceamccgb@c-care.mu

4. Les fleurs ne sont pas autorisées dans l'enceinte de l'hôpital.

5. Les téléphones portables ne sont pas autorisés en soins intensifs.

6. Un service de restauration et de boissons est disponible à la cafétéria, au rez-de-chaussée.

7. Je comprends que C-Care s'engage à offrir un environnement sûr à tous les patients et à son personnel. Je reconnais que C-Care se réserve le droit de prendre les mesures nécessaires en cas de comportement violent et/ou agressif de ma part.

8. Les chambres privées sont équipées d'un coffre-fort. Nous vous encourageons à l'utiliser pour y conserver vos objets de valeur. C-Care ne saurait être tenue responsable de la perte de vos objets de valeur résultant de la non-utilisation du coffre-fort.

PAIEMENT DES FRAIS

L'admission et le séjour du patient à l'Hôpital donneront lieu à des frais (les « Frais »), qui devront être réglés sur présentation d'une facture dans un délai de heures et, dans tous les cas, avant la sortie.

Les Frais comprendront (i) les frais d'occupation de la chambre et (ii) le coût du traitement médical du patient.

Frais d'occupation de la chambre

C-Care applique un tarif minimum pour les 24 premières heures d'occupation de la chambre (la « Période initiale »), que le patient sorte ou non au cours de cette période. Au-delà de la Période initiale, les frais d'occupation de la chambre sont calculés par tranches successives de 12 heures.

Le jour de la sortie, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) Si la sortie a lieu dans un délai de grâce de trois (3) heures après 10h00, la tranche de 12 heures suivante ne sera pas facturée ;**

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

- b) Si la sortie a lieu après le délai de grâce de trois heures (c.-à-d. après 13h00 ou 1h00), la tranche de 12 heures suivante sera facturée.

Je souhaite occuper une chambre, dont le tarif est de Rs par tranche de 12 heures.

☐ JE SUIS UN PATIENT ASSURÉ

Si le patient dispose d'une assurance santé et que nous avons conclu un accord avec votre compagnie d'assurance, il vous sera demandé de présenter votre carte d'assuré lors de l'admission. Il vous appartient de vérifier auprès de votre compagnie d'assurance le niveau de couverture dont vous bénéficiez. Tout service fourni à l'Hôpital au cours de votre séjour qui n'est pas entièrement couvert par votre assurance sera à votre charge, et vous demeurerez personnellement redevable de ce montant. Ces frais restant dus seront immédiatement exigibles et payables à C-Care sur présentation de la ou des factures correspondantes.

J'accepte que, si le montant de ma couverture d'assurance est dépassé au cours de mon admission, je serai considéré(e) comme un patient payant directement. Dans ce cas, et afin que C-Care puisse continuer à me fournir ses services, je verserai un dépôt à C-Care conformément à la section ci-dessous intitulée « Patient payant directement ».

☐ JE SUIS UN PATIENT RÉFÉRÉ PAR MON ENTREPRISE

Je serai personnellement redevable de tout montant excédentaire si je ne suis pas entièrement couvert(e) par mon entreprise. Je m'engage par la présente, sans équivoque, à payer directement à C-Care, au fur et à mesure de la présentation des factures, tout service fourni pendant mon séjour à l'Hôpital qui n'est pas couvert par mon entreprise.

☐ JE SUIS UN PATIENT PAYANT DIRECTEMENT

J'accepte par la présente, en garantie du paiement des Frais, de verser un dépôt de Rs [à compléter], correspondant à une estimation des Frais de mon admission.

J'accepte également que C-Care se réserve le droit, à tout moment, d'affecter ou d'imputer tout ou partie de ce dépôt à la réduction de toutes les sommes qui pourraient devenir dues et payables à C-Care à la suite de mon admission. J'accepte en outre que, dans ce cas, et afin que C-Care puisse continuer à me fournir ses services, je verserai à C-Care un dépôt supplémentaire correspondant à une estimation des Frais à venir.

Je comprends que C-Care me remboursera le dépôt, après déduction de toutes les sommes dues et payables à C-Care au titre de mon admission, dans un délai de 7 jours ouvrables suivant ma sortie.

-Je reconnais et accepte que, conformément aux dispositions du Financial Intelligence and Anti-Money Laundering Act (FIAMLA) 2002, il est interdit d'effectuer, en mon nom, tout paiement en espèces supérieur à

Rs 500 000, ou son équivalent en devises étrangères, au cours de mon hospitalisation actuelle.

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

-J'accepte que si, au cours de mon admission, le montant de la facture augmente et que C-Care en exige le règlement, C-Care contactera mon proche parent afin que la facture soit réglée.

Nous nous réservons le droit de vous facturer des intérêts au taux légal en cas de retard de paiement et/ou de confier le dossier à notre avoué afin de recouvrer toute somme due ; dans ce cas, tous les frais engagés par C-Care pour le recouvrement vous seront facturés, y compris, sans que cette liste soit limitative, les honoraires d'avoué (qui représentent normalement 10 % du montant recouvré) et les autres frais engagés par C-Care en conséquence.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Dans le cadre de mon admission à l'Hôpital, j'accepte la collecte, sur support papier et/ou électronique, et/ou le traitement de mes informations personnelles, y compris mes données médicales, par C-Care (y compris le personnel de l'Hôpital), mon médecin traitant et les autres professionnels de santé responsables, notamment, de mes soins, de mon traitement et de l'évaluation de mon état de santé. Ceci sera effectué conformément au Data Protection Act 2017.

Ces informations seront recueillies afin de vous prodiguer des soins de santé complets (y compris l'évaluation de votre état de santé, votre traitement et/ou vos soins, ainsi que les analyses et examens médicaux). Elles seront conservées dans votre dossier et communiquées à l'équipe médicale de l'Hôpital aux fins de l'administration et de la prestation de vos soins médicaux, mais également aux fins de la facturation et du règlement de votre compte auprès de nous et/ou de vos assureurs. Votre dossier pourra également être communiqué à un tiers si cela est nécessaire pour protéger vos intérêts vitaux, notamment pour vous prodiguer des soins médicaux d'urgence, ou lorsque la loi l'exige. Pour le reste, vos dossiers resteront confidentiels.

Pour des informations plus détaillées sur la manière dont vos informations personnelles seront traitées et sur vos différents droits, veuillez prendre le temps de lire attentivement notre Avis de confidentialité, disponible sous forme électronique à l'adresse

<https://c-care.com/mu/privacy-notice-patients/> ou sur support papier à l'Hôpital, sur demande. Nous restons à votre disposition pour répondre à toute question concernant son contenu.

AVIS RELATIF À LA PROTECTION DES DONNÉES

- Je consens à la collecte, à l'enregistrement, à la conservation, à l'utilisation et à tout autre traitement de mes données personnelles aux fins de la prestation de soins de santé complets et de la facturation
- Je comprends que, sous réserve des conditions prévues par le Data Protection Act 2017, je dispose des droits suivants concernant mes données personnelles :

- a. Le droit de demander l'accès à mes données personnelles et aux informations relatives à leur traitement ;

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

- b. Le droit de demander la rectification de données personnelles inexactes ou incomplètes ;
- c. Le droit, dans les cas applicables, de demander la limitation du traitement de mes données personnelles ;
- d. Le droit de m'opposer au traitement de mes données personnelles ;
- e. Le droit de retirer mon consentement à tout moment lorsque le traitement est fondé sur mon consentement, sans que cela affecte la licéité du traitement effectué avant ce retrait ; et
- f. Le droit d'introduire une réclamation auprès du Data Protection Commissioner (Commissaire à la protection des données) si j'estime que mes droits en vertu du Data Protection Act 2017 ont été enfreints.

Ce formulaire de consentement m'a été expliqué dans une langue que je comprends parfaitement.

Signature du patient :	Date :
Signature du témoin :	Date :

Je, soussigné(e), témoin, affirme par la présente avoir expliqué le contenu de ce formulaire de consentement au patient susnommé. Ledit patient a indiqué avoir compris et accepté les termes de ce formulaire de consentement. Je signe ce formulaire à la demande du patient et en sa présence.

Nom complet
du témoin¹ :

Adresse du témoin :

Numéro de carte d'identité ou de passeport du témoin :

¹ Un témoin doit signer ce formulaire si le patient, apte à signer, a exprimé son consentement mais est physiquement incapable de signer. Le témoin consent au traitement de ses données personnelles afin de se conformer à la législation sur la protection des données en vigueur à Maurice.

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – HOSPITALISATION

Si le patient n'est pas en mesure de donner son consentement :

Signature :	Date :
Nom du proche parent / parent / tuteur / curateur ⁴ (selon le cas) : Numéro de carte nationale d'identité / de passeport du proche parent / parent / tuteur / curateur : Adresse de résidence du proche parent : Coordonnées du proche parent : Qualité / lien avec le patient : ²Le proche parent / parent / tuteur / curateur consent au traitement de ses données personnelles afin de se conformer à la législation sur la protection des données en vigueur à Maurice.	

Admission en hospitalisation – patient adulte

¹ « Vous » doit être lu et interprété comme s'il était remplacé par « Patient », dont les informations figurent en haut du présent document, lorsqu'un Représentant signe au nom du Patient.

² Représentant légalement autorisé désigne une personne, ou un organe judiciaire ou autre, habilité par la loi applicable à consentir au nom du Patient.

³ « Informations personnelles » désigne toute information vous concernant permettant de vous identifier. Cela n'inclut pas les données dont votre identité a été retirée (données anonymes).

⁴ Curateur désigne un fonctionnaire nommé en vertu du Curatelle Act pour gérer, protéger et administrer les biens et successions n'ayant pas de propriétaire immédiat ou identifiable.