

PRÉPARER VOTRE DOSSIER



Vous allez prochainement être hospitalisé à l'Hôpital Privé Océane. Chaque étape est importante pour valider votre séjour. **N'hésitez pas à cocher les cases au fur et à mesure pour garantir que toutes les pièces à rapporter et/ou à renseigner sont présentes dans votre dossier.** Nous vous en remercions.

Si vous devez voir un anesthésiste, **prenez rendez-vous au 02.97.01.90.65**

(Adresse du cabinet : **29 Rue du Dr ROUX 56000 VANNES - Plan d'accès imprimé au dos de votre pochette dossier**)



A COMPLETER		A RAPPORTER IMPERATIVEMENT	
Fiche 2 : <i>Questionnaire médical pré-anesthésique</i>	<input type="checkbox"/>	Dernière ordonnance du traitement	<input type="checkbox"/>
Fiche 3 : <i>Recommandations remises au patient avant l'anesthésie (UNIQUEMENT AMBULATOIRE)</i>	<input type="checkbox"/>	Carnet de santé	<input type="checkbox"/>
Fiche 4 : <i>Information médicale sur l'anesthésie et la prise en charge de la douleur</i>	<input type="checkbox"/>	Derniers bilans et carte de groupe	<input type="checkbox"/>
		Bilans cardiologiques et pulmonaires	<input type="checkbox"/>

N'oubliez pas de vous munir obligatoirement de votre dernière ordonnance de traitement en cours de validité (si vous ne l'avez plus, rapprochez-vous de votre médecin traitant pour un duplicata)



2 possibilités :

- la préadmission en ligne dès la sortie de la consultation avec le médecin spécialiste (voir « Pré-Admission : Gagnez du temps »)
- la préadmission à l'accueil de la clinique après la consultation avec le médecin anesthésiste

A COMPLETER		A RAPPORTER IMPERATIVEMENT	
Fiche 5 : <i>Consentement éclairé</i>	<input type="checkbox"/>	Pièce d'identité (à défaut le livret de famille)	<input type="checkbox"/>
Fiche 5 Verso : Autorisation pour les mineurs signée par les deux parents	<input type="checkbox"/>	Carte vitale	<input type="checkbox"/>
Fiche 6 : <i>Désignation personne de confiance</i>	<input type="checkbox"/>	Carte mutuelle	<input type="checkbox"/>
Fiche 7 : <i>Fiche d'admission</i>	<input type="checkbox"/>		



A RAPPORTER IMPERATIVEMENT		A RAPPORTER IMPERATIVEMENT	
Carte de groupe sanguin	<input type="checkbox"/>	Votre linge et nécessaire de toilette	<input type="checkbox"/>
Cannes anglaises si besoin	<input type="checkbox"/>	Bas varices si besoin	<input type="checkbox"/>
Examens radiologiques	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Pour votre hospitalisation en ambulatoire, des consignes sont à respecter :

- Votre retour devra s'effectuer impérativement accompagné
- Vous ne devez conduire aucun véhicule avant le lendemain
- Vous ne devrez pas être seul la nuit qui suit l'intervention
- Vous ne devrez prendre aucune décision importante dans les 24 heures

IMPORTANT

► FICHE D'HOSPITALISATION

Le praticien faxe la fiche recto à la cellule de régulation dès le jour de la consultation au 02.97.62.55.29

PRATICIEN

PATIENT Nom usuel : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : Sexe : H F

ENTREE DU PATIENT : Date entrée : Heure d'hospitalisation : DMS :

Mode d'hospitalisation : Hospitalisation Chir. ambulatoire Fast Track **Choix prévisionnel de chambre particulière** double

INTERVENTIONS SOUS AL : Soins externes Départ immédiat Bloc central Suivi chirurgie ambulatoire post op

MOTIF D'HOSPITALISATION :

INTERVENTION : **Date d'intervention** :/...../.....

Type d'intervention : **Côté à opérer**

Durée prévisionnelle de l'intervention mn Type d'anesthésie prévue :

▲ **Le matériel à prévoir est à mentionner sur le support intitulé « commande de matériel spécifique »**

ALLERGIES :

Patient BMR Patient BHRé ou suspecté BHRé *

HANDICAP :

* patient contact BHRé,

Ou hospitalisation à l'étranger ou dans les DOMTOM l'année précédente.

PRISE EN CHARGE PARTICULIERE :

APPRECIATION DU RISQUE ESST

- ◆ Patient ni suspect ni atteint
- ◆ Patient pris en urgence vitale sans détermination possible du niveau de risque
- ◆ Patient suspect ou atteint **DANS CE CAS PREVENIR IMMEDIATEMENT LE BLOC OPERATOIRE**

Après élimination des autres causes possibles :

1) présence d'un signe neurologique récent progressif sans rémission

(myoclonies, troubles visuels, troubles cérébelleux, pyramidaux, extra pyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, syndrome sensitif douloureux persistant, épilepsie, mutisme akinétique)

2) associé à :

troubles des fonctions supérieures ou intellectuelles
(Démence, ralentissement psychomoteur)

OU

troubles psychiatriques
(Dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire)

Acte à risque d'ESST OUI NON

◆ **pour tous les patients, sur les tissus suivants :**

- Neurochirurgie (sauf rachis)
- Rétine, nerf optique
- Muqueuse olfactive (risque d'effraction inclus)

◆ **Pour les patients suspects ou atteints, sur les tissus suivants :**

- formations lymphoïdes organisées
- passage carrefour aérodigestif, voie rectale
- intubation

- ◆ **NB ! Patients se déclarant comme ayant reçus des PSL issus de donneurs reconnus à postériori comme atteints de v-MCJ : procédure selon cir 2005/435 : soude+autoclave, prévenir bloc et stérilisation.**

Nom de l'opérateur : Signature Date

Nom de l'Anesthésiste : Signature Date

Nom et prénom du patient :

ANTECEDENTS MEDICAUX :	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :
.....

TRAITEMENT PERSONNEL OUI NON

Si oui, double de l'ordonnance à agraffer au dossier

REMISE DU PPS AU PATIENT

je certifie avoir remis au patient un PPS le/...../.....

SORTIE DU PATIENT

Durée prévisible du séjour :jours.

Mode de sortie : Retour à domicile

Maison de convalescence

H.A.D.

Demande faite oui non

Demande faite oui non

Avez-vous eu ou avez-vous un des problèmes de santé suivant ?		
Maladies du cœur et/ou des vaisseaux		
Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infarctus ou angine de poitrine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffle au cœur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
artérite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Œdème pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pace maker	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
palpitations	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Essoufflement à l'effort	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Syncopes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varices	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Phlébite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies pulmonaires		
Bronchite chronique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tuberculose pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Exposition professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies de l'estomac ou du foie		
Ulcère de l'estomac	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gastrite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hernie hiatale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Reflux acide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hépatite ou jaunisse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies neurologiques		
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coma	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Attaque ou accident cérébral	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Migraine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dépression	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sciatique/maladie de la colonne vertébrale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autre maladie neurologique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies endocriniennes ou métaboliques		
Diabète non insulino-dépendant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète insulino-dépendant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
hypercholestérolémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de la thyroïde	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladies urinaires		
Infections urinaires à répétition	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Difficultés à uriner	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coliques néphrétiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres maladies particulières		
Glaucome	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lentille de contact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémochromatose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sérologie HIV+/SIDA	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Habitudes de vie		
Consommation quotidienne d'alcool (plus d'une bouteille de vin)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nombre de cigarette par jour :		
Nombre approximatif d'années:		
Consommez-vous des drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Anomalie de la coagulation		
Avez-vous déjà présenté ?		
Un saignement prolongé nécessitant une consultation médicale ou un traitement (saignement de nez, petite coupure, extraction dentaire, saignement gynécologique pour les femmes)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des hématomes importants pour des chocs mineurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une hémorragie après une opération ou un accouchement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Parents proches ayant une maladie hémorragique (hémophilie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été transfusé(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez (date, circonstance) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Qualité du sommeil		
Ronflez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous endormez-vous facilement dans la journée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?

Nom :

Date :

Signature :

Prénom :

► Information médicale sur l'anesthésie et la prise en charge de la douleur

Ce document, élaboré par la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), est destiné à vous informer sur l'anesthésie. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- ✽ L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques ;
- ✽ l'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite préanesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

2. COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ (E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

En fin d'intervention, vous serez surveillé (e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les compli-

cations graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements désagréables.

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaires particulières.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister.

Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

5. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale.

Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de vision. Des douleurs au niveau du point de ponction, dans le dos, sont également possibles.

Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'œil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire, peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.

En fonction des médicaments associés, des nausées des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.

6. INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Vous allez être opéré (e) prochainement et vous pouvez craindre d'avoir mal après l'intervention.

N'hésitez pas à poser à votre médecin anesthésiste réanimateur, toutes les questions que vous jugerez utiles. Vous recevrez en retour des informations sur les méthodes d'évaluation de la douleur et sur les traitements les plus adaptés.

Les médecins qui vont s'occuper de vous disposent de médicaments ou de techniques permettant de soulager la douleur postopératoire. Ils vous en informeront lors de la consultation d'anesthésie et de la visite préopératoire. Ces moyens peuvent être utilisés isolément ou en association. Les principaux médicaments sont les suivants : le paracétamol, les anti-inflammatoires, la morphine ou ses dérivés, les anesthésiques locaux. Selon le médicament, l'administration se réalisera par voie générale, péridurale ou autour des nerfs périphériques. Une technique nécessitant votre participation peut également vous être proposée. Il s'agit de l'Analgésie Contrôlée par le Patient, également appelée PCA.

Quelle que soit la technique proposée, une infirmière passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé (e). A cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (sommolence, nausées, douleur d'estomac, démangeaisons...) et surtout n'oubliez pas de bien signaler toute douleur persistante : ceci permettra d'apporter un traitement à ces désagréments.

LES QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ

Si l'on m'administre de la morphine

- Vais-je devenir toxicomane ?

Non, il n'y a pas d'exemple de dépendance liée à l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés pour traiter une douleur postopératoire.

- L'utilisation de la morphine est-elle synonyme de cancer ou de fin de vie ?

Non, la morphine et ses dérivés sont utilisés quotidiennement pour calmer les douleurs postopératoires.

Qu'est-ce que la PCA ?

La PCA utilise un appareil que votre médecin programme pour soulager votre douleur et pour vous apporter un maximum de confort. L'appareil est composé d'une seringue ou d'un réservoir qui contient un médicament pour calmer la douleur (le plus souvent de la morphine) et d'un dispositif électronique ou mécanique que vous commandez par un bouton. En appuyant sur le bouton poussoir que vous confiera votre infirmière, vous soulagerez votre douleur vous-même en vous administrant votre dose de médicament anti-douleur.

Si l'on me propose la PCA

- Y a-t-il un inconvénient à appuyer sur le bouton ?

Non, la pompe est réglée par le médecin, pour éviter les surdosages, et votre douleur est soulagée en toute sécurité. Mais vous seul appuyez sur le bouton.

- Comment être sûr que l'appareil fonctionne bien ?

La PCA est dotée d'un maximum de sécurités : si une panne se produisait une alarme le signalerait immédiatement à votre infirmière.

• *Je reconnais avoir reçu, au cours de la consultation d'anesthésie du /..... /..... avec le Dr toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'anesthésie dont je dois bénéficier pour l'intervention prévue le/...../..... avec le Dr*

• *Je reconnais avoir été informé(e) que toute anesthésie comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la pathologie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles non toujours prévisibles.*

• *Je reconnais avoir été informé(e) des différents types d'anesthésies possibles et de leurs complications respectives.*

• *Je reconnais savoir que dans l'intervalle entre cette consultation et mon opération, l'équipe d'anesthésie réanimation de la clinique Océane se tient à ma disposition pour répondre à toute interrogation.*

Nom et prénom

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à le

Ce document est à rapporter dûment signé le jour de la consultation d'anesthésie. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité.

► **CONSENTEMENT ECLAIRE**

A SIGNER PAR LE PATIENT ATTESTANT DE L'INFORMATION RECUE

Important : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de l'article L.1111-2, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou rares normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Nom : **Prénom** :

Au cours de la consultation du, le Docteur m'a expliqué l'intérêt de l'intervention chirurgicale ou de l'examen suivant :

Je reconnais avoir reçu de sa part toute l'information souhaitée, simple et compréhensible concernant les bénéfices attendus de l'acte pratiqué ainsi que sur les éventuels risques de complications.

Un document écrit m'a été remis et explicité expliquant les différentes modalités de l'intervention

oui non

Un schéma m'a été remis et explicité précisant certains éléments de l'intervention

oui non

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de ce geste, le médecin peut se trouver face à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une modification ou une interruption de protocole annoncé. Je l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire en de pareilles circonstances.

Je reconnais que dans l'intervalle entre la consultation initiale et l'intervention chirurgicale ou l'examen, le médecin a été à ma disposition pour répondre à toute demande d'information complémentaire.

Commentaires :

En cas d'hospitalisation en ambulatoire :

Suite à la proposition du médecin, j'ai compris que cette intervention était réalisée en ambulatoire, c'est-à-dire en ne restant hospitalisé qu'une journée. Je pourrai à tout moment bénéficier d'une hospitalisation plus longue, incluant la nuit, si mon état de santé le nécessite.

Fait à le

Signature du patient
Précédée de lu et approuvé

► AUTORISATION D'OPERER POUR UN PATIENT MINEUR

A COMPLETER PAR LES DEUX PARENTS TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE

(avant la consultation d'anesthésie)

Je soussigné(e) :

Représentant(e) légal(e), père, mère, tuteur, tutrice, et/ou étant habilité(e) à donner cette autorisation en tant que :

Donne l'autorisation de procéder à toutes les opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation pour l'enfant :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Avis de l'enfant :

A le

Signature de la mère

Signature du père

► AUTORISATION D'OPERER POUR UN ADULTE INCAPABLE MAJEUR

Je soussigné(e) tuteur / tutrice (joindre la décision de justice) étant habilité à donner cette autorisation en tant que :

donne l'autorisation de procéder à toutes opérations et anesthésies qui seront jugées nécessaires pendant la durée de l'hospitalisation de :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

A..... le

Signature du tuteur/tutrice ou curateur/curatrice

► DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

A COMPLETER PAR LE PATIENT

(Avant la consultation d'anesthésie et/ou d'hospitalisation)

Article L. 1111-6

(Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 art.11, J.O. du 5 mars 2002)

(Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art.10 II, J.O. du 23 avril 2005)

"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Nom marital

Prénom : Date de naissance :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Fax/E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable est :

un proche un parent mon médecin traitant

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.

Fait le

Signature du patient :

Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Cadre réservée à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Le

Signature :

Nom du médecin référent : Dr

Date d'entrée : / /

Heure d'entrée :

SEJOUR

Médecin traitant : Dr

un SMS vous sera adressé la veille de votre intervention

RENSEIGNEMENTS PATIENT**Identité patient :**

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Sexe : F M Date Naissance : / /

Adresse : Ville : Code Postal :

Adresse mail :@.....

Téléphone mobile : Téléphone fixe :

Numéro de sécurité sociale : Nom de la caisse d'affiliation :

Personne à prévenir :

Nom : Prénom : Téléphone mobile : Téléphone fixe : Lien de parenté :

Personne de confiance :

Nom : Prénom : Téléphone mobile : Téléphone fixe : Lien de parenté :

Coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde justice :

Nom : Prénom : Téléphone mobile : Téléphone fixe : Lien de parenté :

COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE :

- Pièce d'identité *Obligatoire*
- Carte vitale *Obligatoire*
- Carte mutuelle **RECTO/VERSO** *Obligatoire*
- Accident de travail
- Pour les mineurs : autorisation d'opérer signée par les deux parents, livret de famille et les pièces d'identité des 2 parents

**MERCI DE REMPLIR LE VERSO**

FORFAITS CHAMBRE INDIVIDUELLE

Hospitalisation Chirurgie & Médecine	<input type="checkbox"/> SOLO	Chambre individuelle Coffre-fort	74 €/jour
	<input type="checkbox"/> SOLO PREMIUM	Télévision WIFI Coffre-fort Ligne téléphonique (hors communication)	87 €/jour
	<input type="checkbox"/> SOLO PRIVILEGE	Télévision WIFI Coffre-fort Ligne téléphonique (hors communication) Trousse bien être 1 journal régional tous les jours (<i>hors Dimanches & jours fériés</i>) Chaussons, Linge de toilette, Peignoir, Serviettes	105 €/jour

- Réservation d'une chambre individuelle est à effectuer dès votre préadmission (attribuée en fonction des disponibilités)
- Pour les soins palliatifs, la prestation choisie sera facturée à la mutuelle à hauteur de la prise en charge.
- Pour tout isolement pour des raisons médicales, la prestation choisie sera facturée à la mutuelle à hauteur de la prise en charge.
- Facturation du 1^{er} jour d'hospitalisation au jour de sortie inclus (décret n°20196719 du 8 juillet 2019).
- Les repas du patient sont compris dans tous les forfaits.

SUPPLEMENTS CHAMBRE DOUBLE (facultatif)

- Télévision : 7,90 €/jour
- Wifi : 5 €/jour, dégressif selon la durée
- Ouverture ligne téléphonique : 5,95 €/séjour
- Téléphone – communication : 0,15 €/min

La chambre double est prise en charge par la sécurité sociale.

PRESTATIONS A LA CARTE

- Lit accompagnant avec petit déjeuner : 25,90 €/nuit
- Lit d'appoint avec petit déjeuner : 19,90 €/nuit
- Repas accompagnant : 11 €/unité

Toute prestation hôtelière est un supplément.

MON CONSEILLER ELSAN +

- Je choisis de bénéficier du service Mon Conseiller Elsan +.
- J'ai pris connaissance du contenu du service, de ses conditions générales de vente et également de mes droits en matière des données personnelles. Je comprends en particulier qu'il est strictement nécessaire que la clinique transmette mes coordonnées à DOMPLUS afin que je puisse bénéficier du service.
 - J'accepte les Conditions Générales de Vente et je souscris à Mon Conseiller Elsan+ pour le prix de 15 € TTC, le service sera actif à compter du lendemain de la souscription.
 - J'atteste avoir reçu le document d'information concernant Mon Conseiller Elsan+ et avoir pu poser toutes les questions à la clinique concernant ce service personnalisé réalisé en partenariat avec DOMPLUS.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Forfait journalier 20 € / jour

Le forfait journalier de 20 € par jour (sortie incluse) est institué par le gouvernement depuis avril 1983 et est à la charge du malade (hors maternité, accident du travail, régime Alsace Moselle, invalide de guerre). Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé.

Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120 €) 24 € / séjour

Une participation forfaitaire de 24 €, restant à la charge de l'assuré, est applicable aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € (sauf cas particulier). Pour tout acte inférieur à 120 €, un ticket modérateur vous sera demandé de 20% de la base du tarif sécurité sociale sur les frais de séjour et honoraires (sauf cas d'exonération). Décret 20116201 du 21 février 2011. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre complémentaire santé.

Nombre de cases cochées :

Date :

Signature :

► MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Après un accident grave ou un évènement aigu (accident vasculaire cérébral, infarctus...), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en œuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

Mes directives concernant les décisions médicales :

Je veux m'exprimer

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) ;
- à propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) ;
- à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes³...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :

je souhaite un accompagnement pour m'aider à rédiger mes directives anticipées

3. Le don d'organe est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf).