A large abstract graphic on the right side of the page, composed of several overlapping, nested shapes in various colors: light blue, orange, light green, teal, light blue, yellow, and dark blue. The shapes are arranged in a way that they appear to be layers of a document or folder, with the dark blue shape at the bottom right.

**Mes
documents**

Check-list de mon séjour

Le jour de la pré-admission (environ 10 jours avant l'hospitalisation), j'apporte les documents suivants complétés :

- Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour
- Carte vitale
- Carte de mutuelle
- Dernières ordonnances
- Formulaire de désignation d'une personne de confiance (ne concerne pas les patients mineurs)
- Formulaire d'information sur les directives anticipées
- Formulaire d'autorisation de soins
- Formulaire des frais de séjour
- Questionnaire médical en vue de l'anesthésie
- Information sur l'anesthésie (voir page 27 et 31 du liuret)
- Consentement éclairé

Si le/la patient(e) est mineur ou protégé(e) :

- Autorisation de soins signée par les 2 parents / responsables légaux
- Si nécessaire, extrait du jugement de tutelle et accord du tuteur
- Liuret de famille
- Carnet de santé

Avant mon hospitalisation je prépare mon retour :

- Je récupère les médicaments/antalgiques prescrits par mon chirurgien / anesthésiste*
- Je récupère le matériel prescrit par mon chirurgien*
- J'organise mes soins de sortie (infirmier, kiné...) selon les prescriptions de mon chirurgien*

Deux jours avant mon hospitalisation :

- J'applique les consignes de préparation cutanée (voir page 17 et 18)
- Un(e) infirmier(e) va me contacter pour me donner les horaires :

À laquelle arrêter de manger :

À laquelle arrêter de boire :

D'entrée à la clinique :

Durée de l'opération :

Le jour de mon hospitalisation, j'apporte :

- ma carte de groupe sanguin
- mes médicaments habituels (sauf ambulatoire), à remettre aux soignants à mon arrivée.
- Le matériel prescrit par mon chirurgien : bas de contention, béquilles, attelles...

Au moment de la sortie, on me remet les documents :

- bulletin de sortie
- lettre de sortie
- certificat d'accident de travail*
- dispense d'activité scolaire ou sportive*
- arrêt de travail*

Identité de la personne hospitalisée

Sexe :

F M

Êtes-vous d'accord pour recevoir un e-mail dans le cadre d'une enquête nationale de satisfaction (E-SATIS) : Oui Non

Personne à prévenir :

La personne à prévenir est la personne qui s'occupera de vous administrativement (fournir des renseignements, rapporter vos effets personnels, s'occuper de contacter votre famille...)

Formulaire de designation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (un parent, un proche ou le médecin traitant) 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révisable et révoquable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

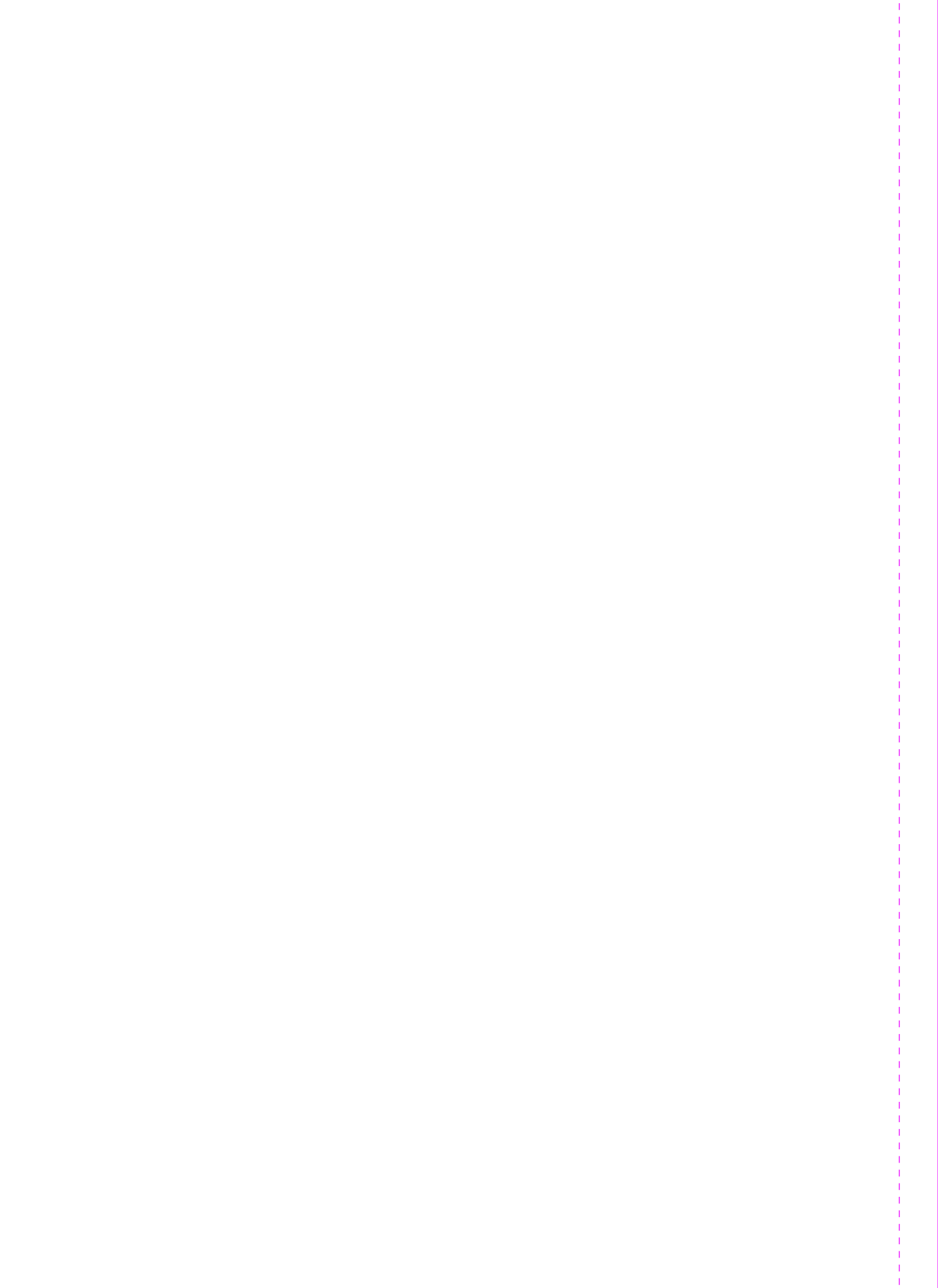
Identité de la personne de confiance désignée :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

*(avec votre accord, votre e-mail ne pourra être utilisée que pour l'enquête nationale E-SATIS, mesurant votre satisfaction suite à votre séjour – pour plus d'information : www.has-sante.fr)



Directives anticipées

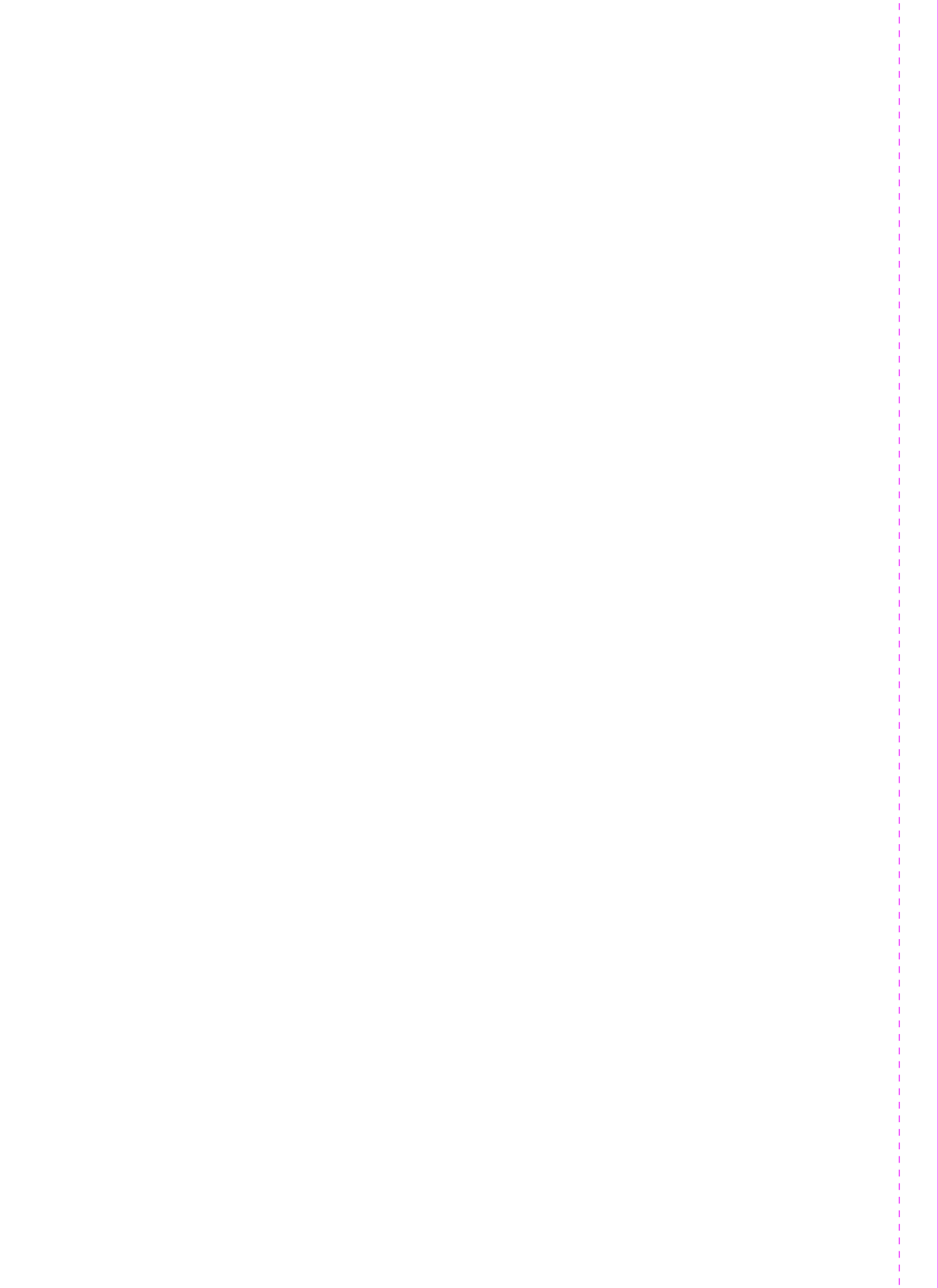
Les directives anticipées vous permettent, en cas de maladie grave ou d'accident, de faire connaître vos souhaits sur votre fin de vie, et en particulier :

- Limiter ou arrêter les traitements en cours
- Être transféré en réanimation si l'état de santé de requiert
- Être mis sous respiration artificielle
- Subir une intervention chirurgicale
- Être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leur décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.

- Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées
- Je souhaite rédiger des directives anticipées et demande un modèle de rédaction
- Je les ai déjà rédigées, elles sont conservées :

Signature du patient :



Date de l'opération :

Autorisation de soin - pour le patient mineur

Selon l'article 372-2 du code civil l'autorisation de soins doit être signée par **les deux titulaires de l'autorité parentale accompagnée des cartes d'identité de chaque parent + livret de famille**. À défaut, l'intervention ne pourra pas avoir lieu. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve.

Nous, soussignés(ées) (Noms, prénoms)

déclarons autoriser les praticiens à

pratiquer tout traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire sur notre enfant (nom/prénom/date de naissance)

avec ou sans anesthésie générale.

Mère ou tuteur légal :

Nom :

Prénom :

Fait à :

Fait le :

Signature de la mère
ou du tuteur légal :

Père ou tuteur légal :

Nom :

Prénom :

Fait à :

Fait le :

Signature du père
ou du tuteur légal :

Cette autorisation de soin doit être signée par les 2 parents / tuteurs et un extrait du jugement doit être fourni le cas échéant.

Autorisation de soin - pour le patient majeur

Je soussigné(e) (Nom, Prénom, Date de naissance)

déclare autoriser les praticiens à pratiquer tout traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire sur ma personne avec ou sans anesthésie générale.

Fait à :

Fait le :

Signature :

Autorisation de soin - pour une autre situation

Orphelin, mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse, mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) déclare autoriser les

praticiens à pratiquer tout traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire sur (Nom, Prénom,

Date de naissance) avec ou sans anesthésie générale.

Je suis :

Tuteur

Directeur d'établissement, d'éducation ou gardien

Aide Sociale à l'Enfance

Nom :

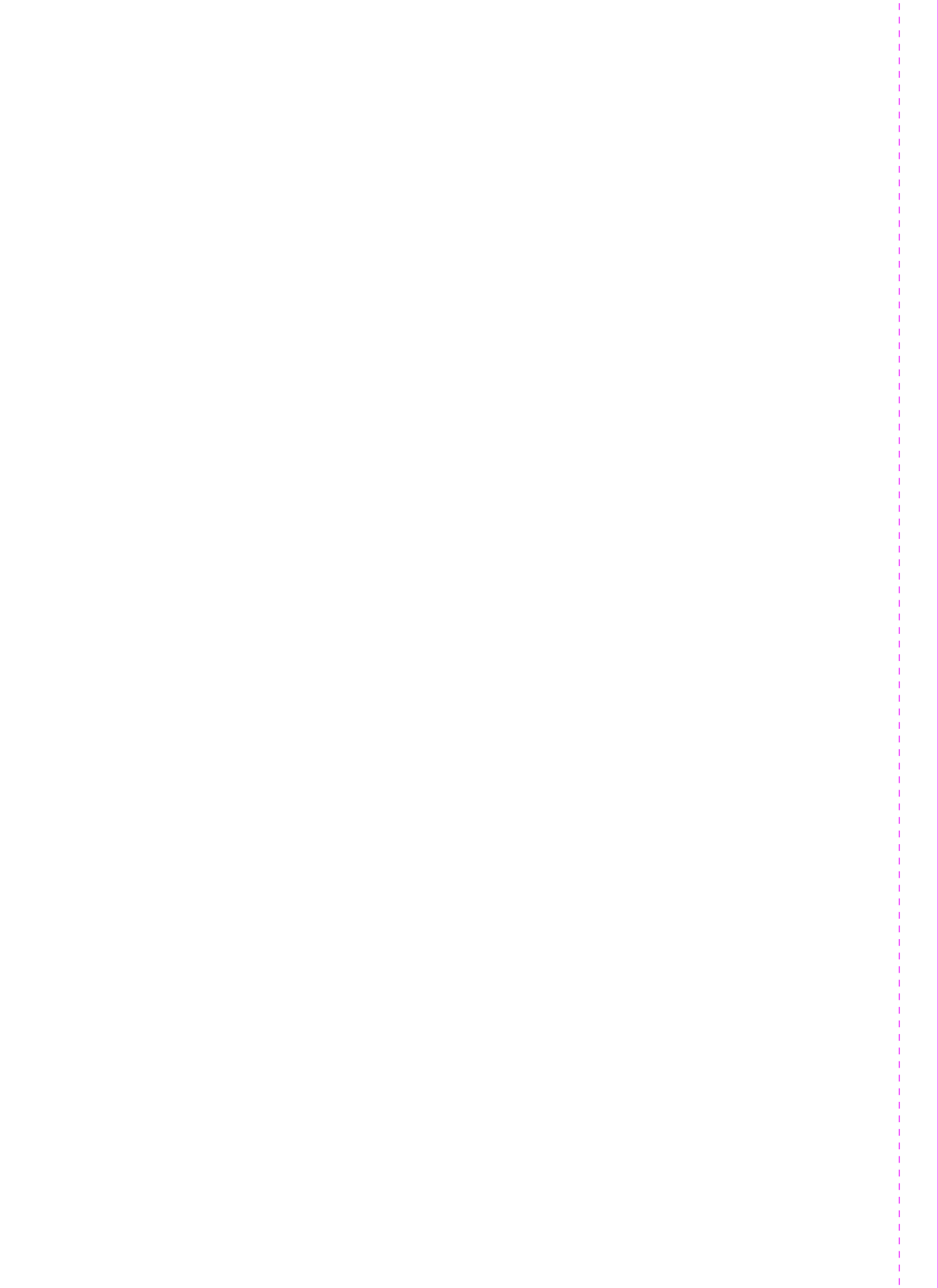
Fait à :

Fait le :

Prénom :

Signature :

NB : Pour les majeurs sous tutelle, le patient devra remettre à l'accueil le formulaire dédié rempli par son tuteur/organisme de tutelle le jour de la consultation d'anesthésie



Service d'anesthésie réanimation

18, rue de belliniere

49800 trelaze

secar@cliniquesaintleonard.fr

Tel : 02-41-41-74-33

Fax : 02 41 41 73 71

Dr D. Benetreau

Dr L. Carlier

Dr I. Federspiel

Dr PY. Le Denmat

Dr MH. Maissiat

Dr JL. Nguyen Trong

Dr T. Reydel

Dr N. Schinkel

Dr F. Eon

Madame, Monsieur,

Vous avez pris rendez-vous avec un médecin anesthésiste en vue d'une intervention chirurgicale prochaine. Nous vous invitons à lire attentivement ce document d'informations sur l'anesthésie.

Pour préparer cette consultation, merci de :

- Remplir le questionnaire médical** de manière complète et précise Vous pouvez demander de l'aide à de votre médecin traitant.
- Apporter les documents suivants :**
 - Le questionnaire médical complété
 - Vos ordonnances de traitement habituel
 - Vos examens biologiques et bilans sanguins récents (si vous en avez)
 - Votre carte de groupe sanguin (si vous en avez une)
 - Le dernier compte-rendu cardiologique (si vous êtes suivi par un cardiologue).

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte chirurgical programmé requiert obligatoirement une consultation par un médecin anesthésiste au minimum 48 heures avant la chirurgie. Au cours de cette consultation, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre chirurgie et votre état de santé. Lors de cette consultation, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Vous pourrez exprimer vos préférences au cours du dialogue avec le médecin. S'il l'estime nécessaire, ce dernier pourra vous prescrire des examens complémentaires.

Nous faisons notre maximum pour que vous rencontriez en consultation l'anesthésiste qui s'occupera de vous le jour de votre intervention. Il est toutefois possible que vous rencontriez un anesthésiste différent à la consultation et le jour de votre opération.

Consentement à signer à l'issue de la consultation d'anesthésie

Je soussigné(e), _____, certifie avoir reçu une information claire et personnalisée concernant l'anesthésie envisagée pour cette opération. Je certifie avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai été informé(e) des risques liés à l'anesthésie et des complications éventuellement prévisibles. J'ai lu l'information et noté que l'anesthésiste pouvait se trouver face à un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires. Dans ces conditions, j'autorise l'anesthésiste à effectuer l'acte d'anesthésie et tout acte complémentaire nécessaire au bon déroulement de l'opération.

Fait le :

Signature du patient :

Questionnaire médical en vue de l'anesthésie

Nom :

Nom de naissance :

Nom du chirurgien :

Date d'opération :

Votre poids :

Prénom :

Né(e)

Tél. :

Opération prévue :

Votre taille :

Citez les médicaments que vous prenez actuellement et apportez votre dernière ordonnance :

Lors de l'anesthésie précédente, avez-vous :

- Eu très mal Oui Non
- Eu des vomissements Oui Non
- Eu des problèmes pour uriner Oui Non
- Autre : _____
- _____

Êtes-vous nerveux, angoissé ? Oui Non

Avez-vous déjà été transfusé ? Oui Non
Si oui, à quelle date ? _____

Avez-vous des problèmes de coagulation ? Oui Non

Si oui, précisez lequel ?

- hématomes (=bleus) qui apparaissent facilement
- saignement prolongé du nez
- saignement prolongé lors de plaie minime
- saignement après une extraction dentaire
- saignement après une opération chirurgicale
- hémophilie, maladie de Willebrand chez un membre de votre famille

Pour les femmes :

- saignement lors d'un accouchement
- règles prolongées ou abondantes

Nombre de grossesses :

Nombre d'enfants :

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, précisez les produits allergisants et les réactions : _____

Avez-vous déjà présenté les problèmes de santé suivants ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> glaucome (hypertension oculaire) |
| <input type="checkbox"/> pace maker | <input type="checkbox"/> fibrillation auriculaire |
| <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> infarctus, stents |
| <input type="checkbox"/> embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> artérite |
| <input type="checkbox"/> AVC ou AIT | <input type="checkbox"/> phlébite |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> syndrome d'apnée du sommeil |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> bronchite chronique obstructive |
| <input type="checkbox"/> insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> hernie hiatale | <input type="checkbox"/> ulcère duodénal ou à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> cirrhose ou problèmes au foie | |
| <input type="checkbox"/> problèmes de prostate | |

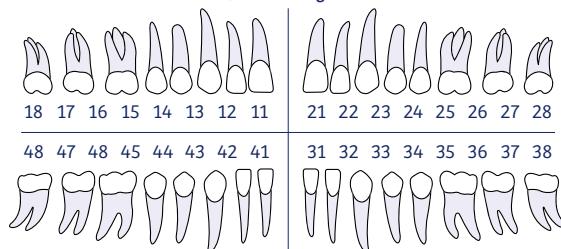
Autre : _____

Avez-vous déjà eu un sondage urinaire ? Oui Non

Supportez-vous les anti-inflammatoires ?

Oui Oui, avec protection gastrique Non

Problèmes dentaires, entourez les dents concernées :



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dents sur pivots | <input type="checkbox"/> Dents qui bougent |
| <input type="checkbox"/> Bridges | <input type="checkbox"/> Appareils haut / bas |

Autre : _____

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, précisez le nombre de cigarettes par jours :

Précisez la date à laquelle vous avez arrêté :

Buvez-vous de l'alcool quotidiennement ? Oui Non

Si oui, précisez le nombre de verres par jours :

Frais de séjour

Nom de la Personne hospitalisée :

Date de l'opération :

Je ne souhaite aucune prestation hôtelière complémentaire et je serai hébergé en chambre double.

Prestations hôtelières en hospitalisation complète

<input type="checkbox"/> Chambre particulière	75€/jour	<input type="checkbox"/> Chambre double	0€/jour
<input type="checkbox"/> Chambre « Connectik »	85€/jour	Possibilité de choisir des prestations à la carte :	
Chambre particulière + TV + WIFI illimitée		<input type="checkbox"/> Pack "Connectik" (TV + WIFI)	11€/jour
<input type="checkbox"/> Chambre « Confortinn »	99€/jour	<input type="checkbox"/> TV	9€/jour
Chambre Connectik + ouverture de ligne téléphonique + petit-déjeuner continental + un kit d'accueil (trousse de toilette+linge)		<input type="checkbox"/> WIFI	6€/jour
		<input type="checkbox"/> Ligne téléphonique	8€/ séjour + Conso

Prestations pour l'accompagnant

<input type="checkbox"/> Demi-pension	46€/nuit	<input type="checkbox"/> Forfait nuit	20€/nuit
(Dîner Gourmand + Nuit + PDJ Continental)		<input type="checkbox"/> Repas Gourmand	19€
<input type="checkbox"/> Forfait Nuit + Petit-déjeuner continental	28€/nuit	<input type="checkbox"/> Petit déjeuner continental	9€

Prestations hôtelières en ambulatoire

<input type="checkbox"/> Zone Cocoon	35€/jour	Possibilité de choisir des prestations à la carte :	
<input type="checkbox"/> Chambre Ambu Confort	45€/jour	<input type="checkbox"/> Pack "Connectik" (TV + WIFI)	11€/jour
(chambre particulière simple + TV+ Wifi illimitée)		<input type="checkbox"/> TV	9€/jour
<input type="checkbox"/> Salon commun	0€/jour	<input type="checkbox"/> WIFI	6€/jour

Facturation du 1er jour de l'entrée au jour de sortie inclus, quelque soit l'heure de sortie (décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé)

Je m'engage à régler la totalité des suppléments à ma charge le jour de ma sortie d'établissement.

Forfait hospitalier Assurance Maladie fixé par arrêté ministériel 20€/jour*

Le forfait hospitalier représente la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation

Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par la mutuelle.

Participation Assuré Transitoire (PAT) fixé par arrêté ministériel 24€/jour*

La PAT est une participation forfaitaire, demandée par l'Assurance Maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à) 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle.

Fait à :

Fait le :

Signature :

