

**Mes  
documents**



## Check-list de mon séjour

Date de l'opération : / /

Date du rdu anesthésiste : / /

### 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 à 31 du livret)
- 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
- Livret 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, kiWwNé...) 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 :

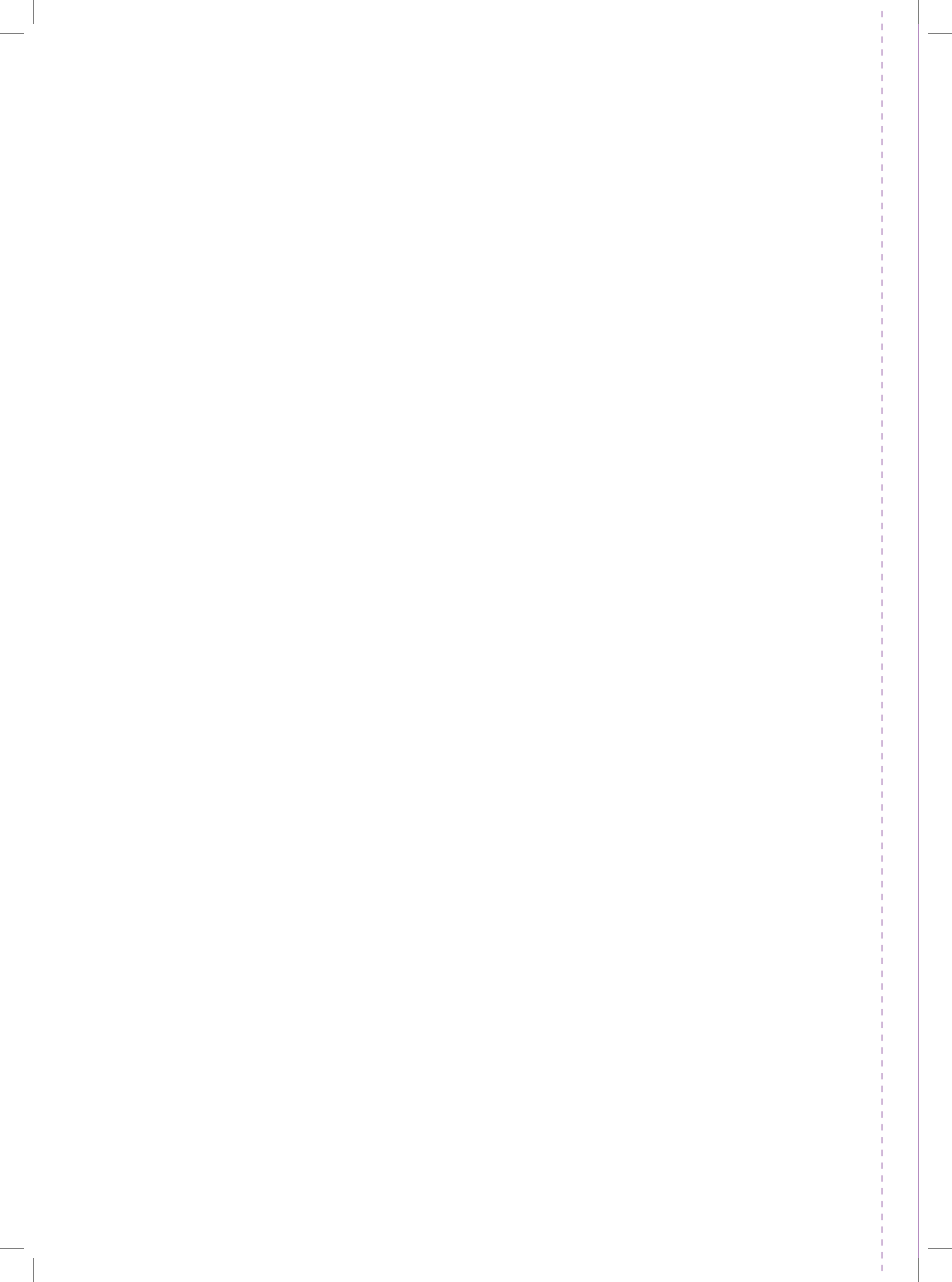
Durée de l'opération :

### 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

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe : F  M  Lieu de naissance :

Né(e) le : / / Adresse :

Situation familiale :

Tél. : E-mail\* :

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

### Médecin traitant :

Dr :

### 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...)*

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél. :

## Formulaire de désignation 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 :

Nom : Prénom :

Adresse : Tél. portable :

Tél. fixe : E-mail\* :

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

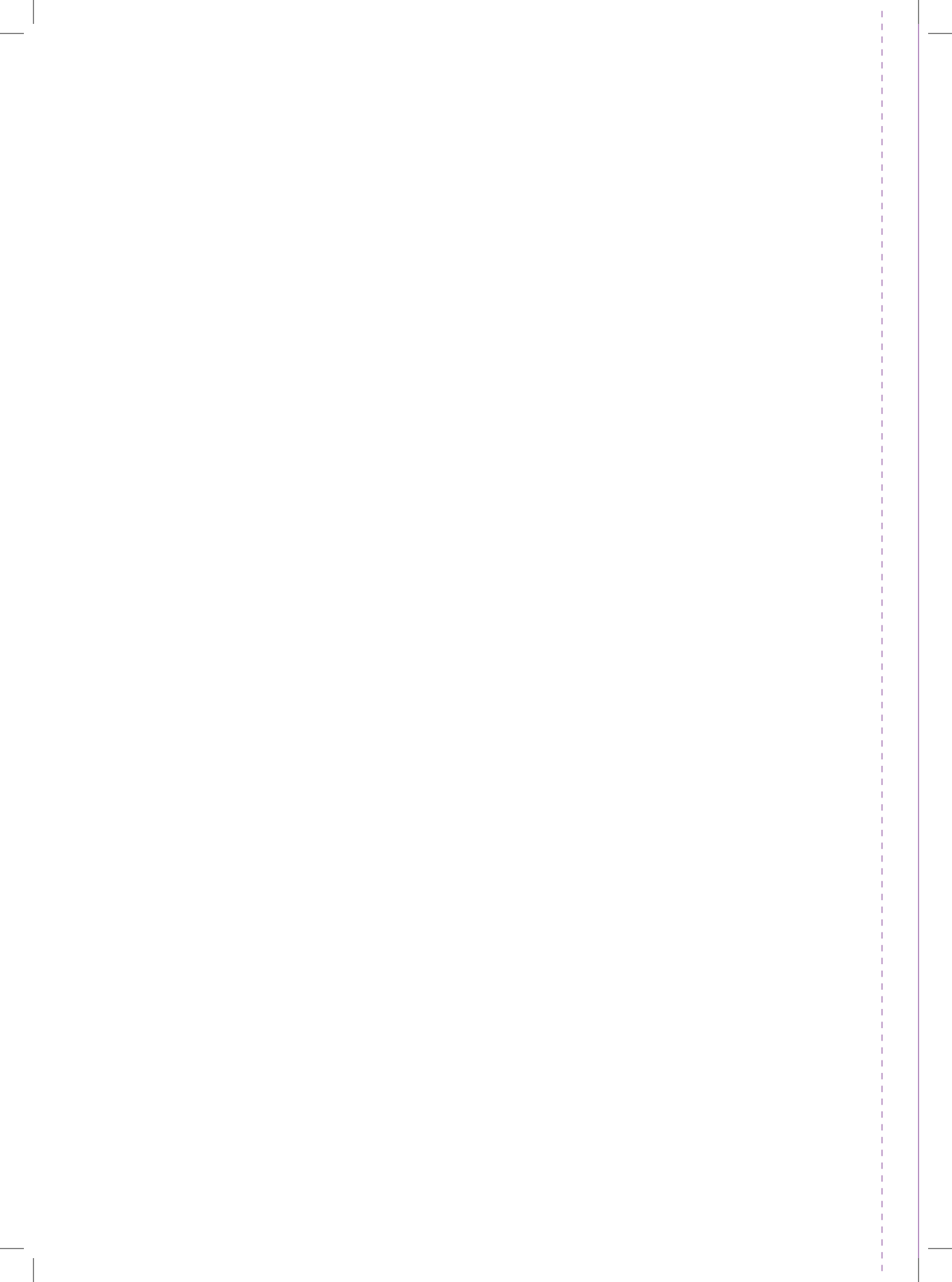
Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui  Non

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à : Fait le : / /

Signature du patient : Signature de la 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](http://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

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

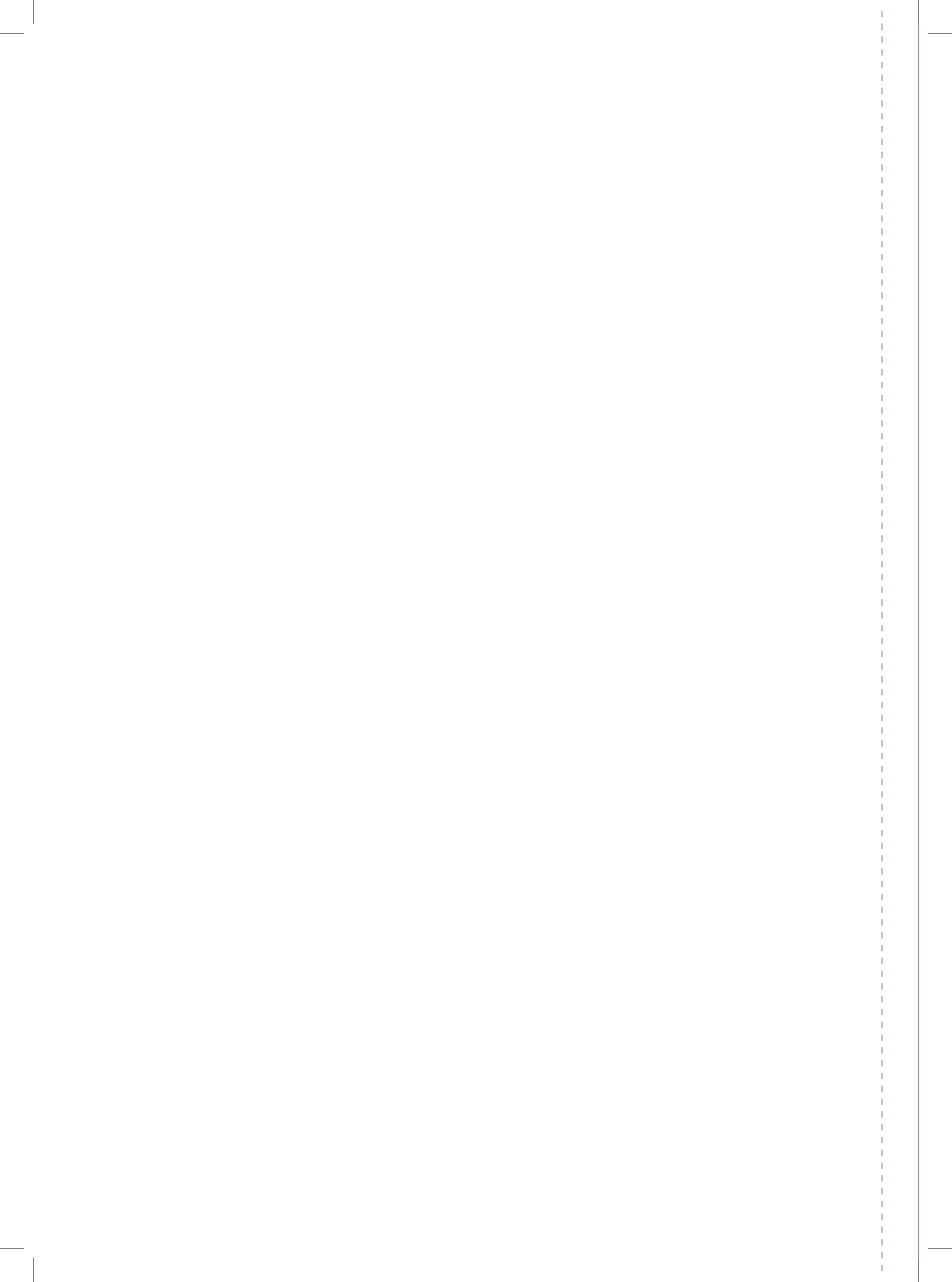
*Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leur décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses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

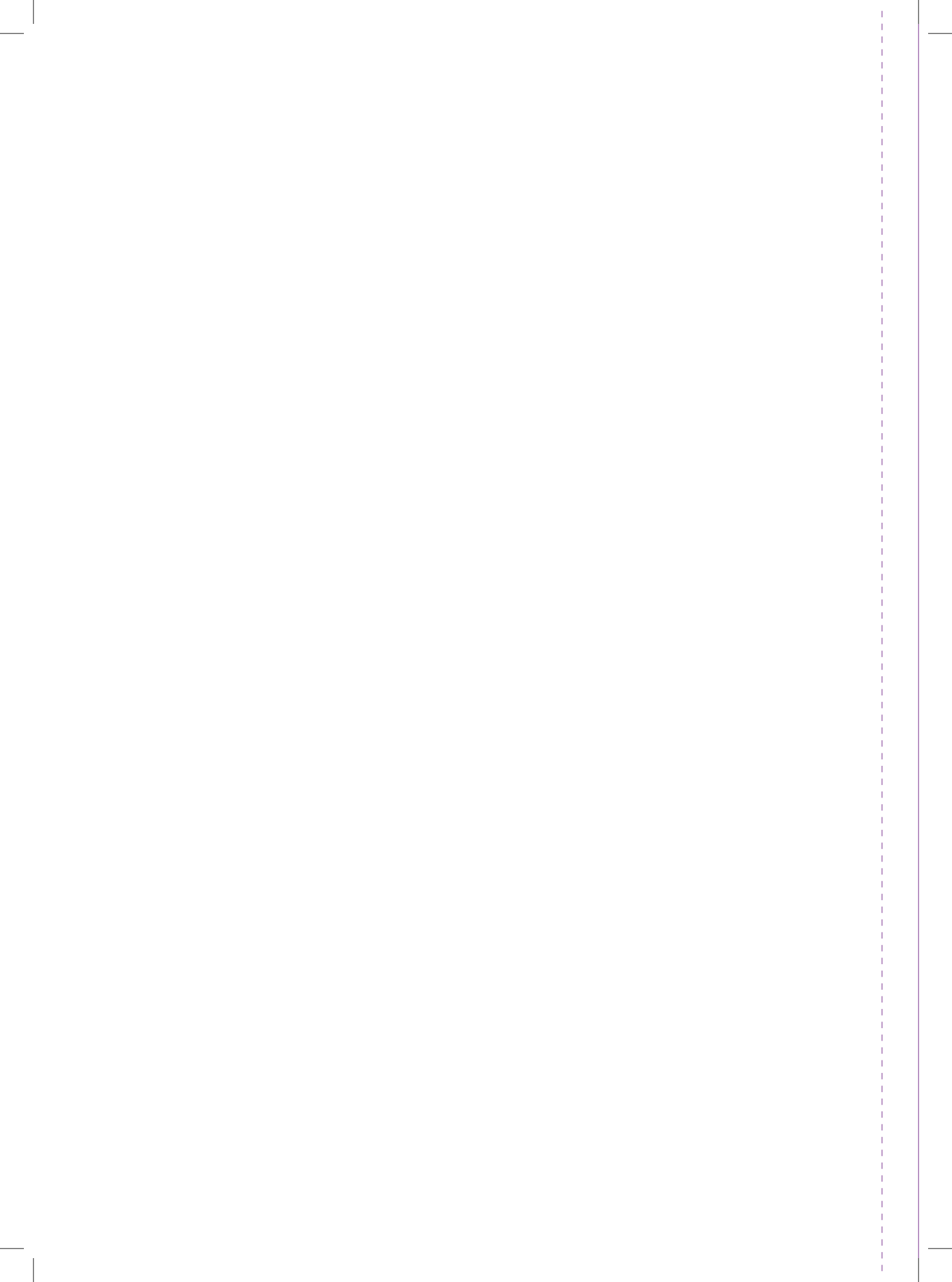
Fait à : \_\_\_\_\_

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 Bellinière  
49800 Trélagé  
[secar@cliniquesaintleonard.fr](mailto:secar@cliniquesaintleonard.fr)  
Tél. : 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 :

Prénom :

Né(e) le : / /

Tél. :

Nom du chirurgien :

Date d'opération : / /

Opération prévue :

Votre poids :

Votre taille :

### Citez vos interventions chirurgicales 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 : \_\_\_\_\_

---

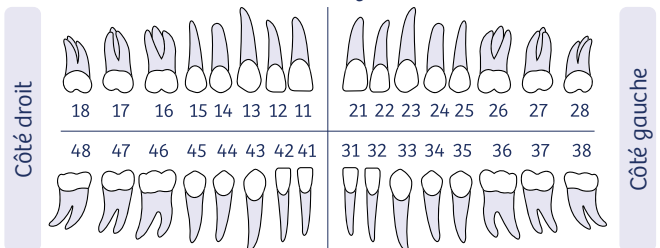
---

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 :



- Dents sur pivots  Dents qui bougent  
 Bridges  Appareils haut / bas

Autre : \_\_\_\_\_

---

---

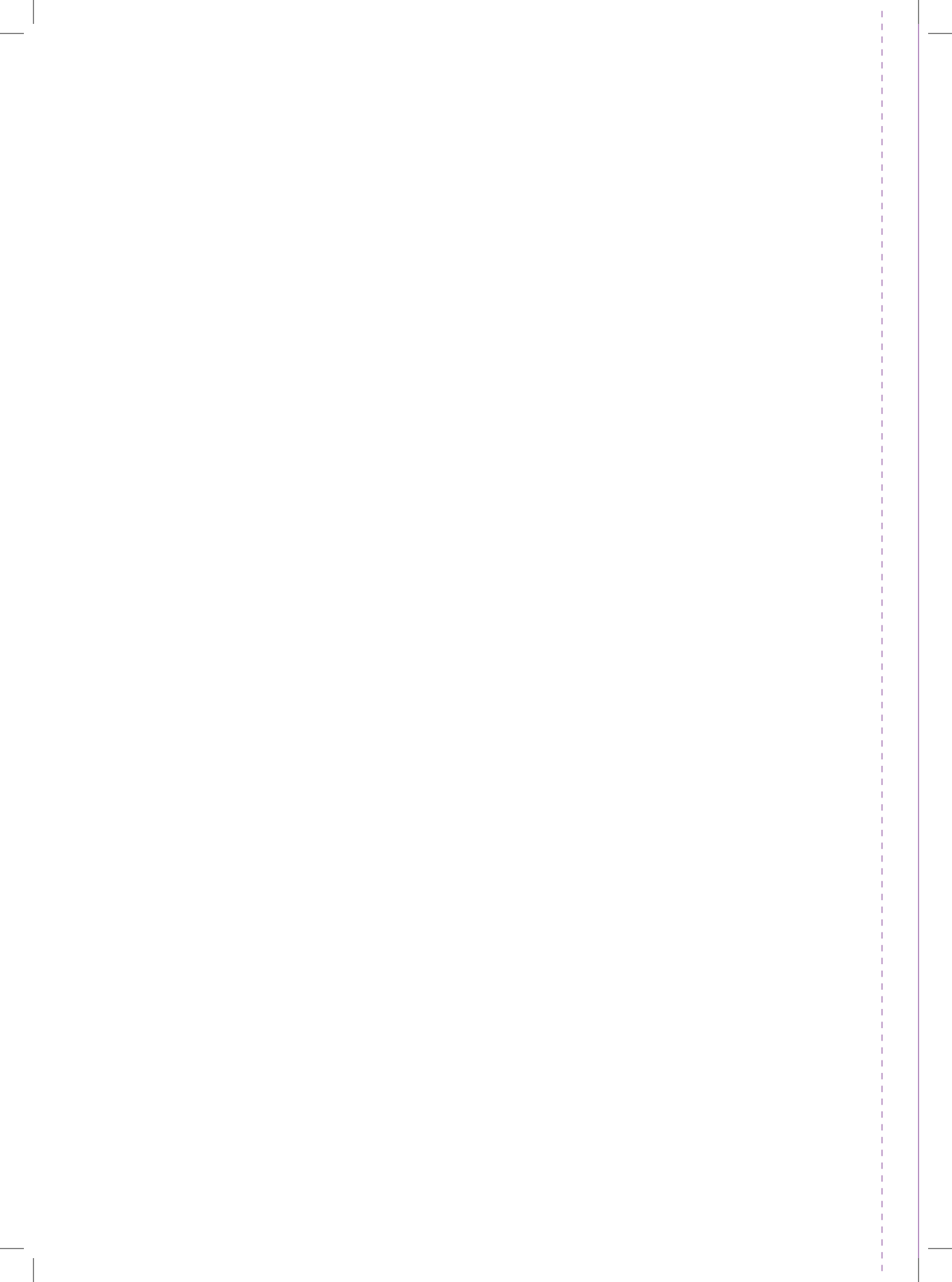
Êtes-vous fumeur ?  Oui  Non

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 :



Date de l'opération : / /

Date du rdu anesthésiste : / /



## Frais de séjour

Nom de la Personne hospitalisée :

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

### Prestations hôtelières en hospitalisation complète

<input type="checkbox"/> <b>Chambre particulière</b>	75€/jour	<input type="checkbox"/> <b>Chambre double</b>	0€/jour
<input type="checkbox"/> <b>Chambre « Connectik »</b>	85€/jour	<b>Possibilité de choisir des prestations à la carte :</b>	
Chambre particulière + TV + WIFI illimitée		<input type="checkbox"/> Pack "Connectik" (TV + WIFI)	11€/jour
<input type="checkbox"/> <b>Chambre « Confortinn »</b>	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"/> <b>Demi-pension</b>	46€/nuît	<input type="checkbox"/> <b>Forfait nuit</b>	20€/nuît
(Dîner Gourmand + Nuit + PDJ Continental)		<input type="checkbox"/> <b>Repas Gourmand</b>	19€
<input type="checkbox"/> <b>Forfait Nuit + Petit-déjeuner continental</b>	28€/nuît	<input type="checkbox"/> <b>Petit déjeuner continental</b>	9€

### Prestations hôtelières en ambulatoire

<input type="checkbox"/> <b>Zone Cocoon ou chambre individuelle</b>	35€/jour	<b>Possibilité de choisir des prestations à la carte :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Cocoon ou chambre Confort</b>	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"/> <b>Salon commun</b>	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 à l'Acte de Soins (PAS) fixé par arrêté ministériel 24€/jour\*

La PAS 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 :

« Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins. » (article 9 de l'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins).

