



Mes documents à remplir obligatoirement

- Document page 1 destiné aux patients
- Documents page 2 à 3 remettre au service anesthésie
- Documents page 4 à 10 remettre à l'accueil

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 (ne concerne pas les patients mineurs)
- ☐ 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 dans le livret d'accueil)
- ☐ 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 ou carte d'identité ou passeport ou titre de séjour du patient mineur
- ☐ Livret de famille ou carte d'identité ou passeport ou titre de séjour du patient mineur
- ☐ Carnet de santé
- ☐ Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour des deux parents ou responsables légaux

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 dans le livret d'accueil)
- ☐ 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*

Service d'anesthésie réanimation



18, rue de Bellinière
49800 Trélazé
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

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 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 événement 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 ?

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

Côté droit	 18 17 16 15 14 13 12 11	 21 22 23 24 25 26 27 28	Côté gauche
	 48 47 46 45 44 43 42 41	 31 32 33 34 35 36 37 38	
	 48 47 46 45 44 43 42 41	 31 32 33 34 35 36 37 38	

- | | |
|---|---|
| ☐ 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 : _____

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 révocable 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)

Directives anticipées Ne concerne pas les patients mineurs



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 :

Autorisation de soins - 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.

Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Fait à :		Fait à :	
Fait le : / /		Fait le : / /	
Signature de la mère ou du tuteur légal :		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

IMPRIMÉ À REMETTRE À L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE



Date de l'opération : / /

Frais de séjour

Nom de la Personne hospitalisée :

Prestations hôtelières en hospitalisation complète

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

Prestations pour l'accompagnant

☐ Demi-pension	46€/nuit	☐ Forfait nuit	20€/nuit
(Dîner Gourmand + Nuit + PDJ Continental)		(facturable uniquement pour les accompagnants de patients majeurs)	
☐ Forfait Nuit + Petit-déjeuner continental	28€/nuit	☐ Repas Gourmand	19€
		☐ Petit déjeuner continental	9€

Prestations hôtelières en ambulatoire

☐ Cocoon ou chambre individuelle	35€/jour	☐ Salon commun	0€/jour
☐ Cocoon Confort ou chambre particulière	45€/jour	Possibilité de choisir des prestations à la carte :	
(chambre particulière simple + TV+ Wifi illimitée)		☐ Pack TV + WIFI	11€/jour
		☐ TV	9€/jour
		☐ WIFI	6€/jour

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

Forfait journalier hospitalier Assurance Maladie fixé par arrêté ministériel 20€/jour*
(art. L.174-4 du code de la sécurité sociale)

Le forfait hospitalier représente la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'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€/séjour*
(art. L.322-2 du code de la sécurité sociale)

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.

Ticket modérateur (art. L.322-8 du code de la sécurité sociale) 24€/séjour*

Le ticket modérateur est une participation forfaitaire, demandée par l'Assurance Maladie au patient, pour les actes médicaux dont le tarif est inférieur à 120€. Ces frais peuvent être pris en charge en tout ou partie par votre mutuelle."

Fait à :

Le: / /

Signature :

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

