

Mes documents à remplir obligatoirement

Date de l'opération : / /

Date du rdu anesthésiste : / /



N'hésitez pas à nous contacter par e-mail :
preadmission@cliniquesaintleonard.fr

A conserver pour préparer mon séjour - ma check-list

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 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 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

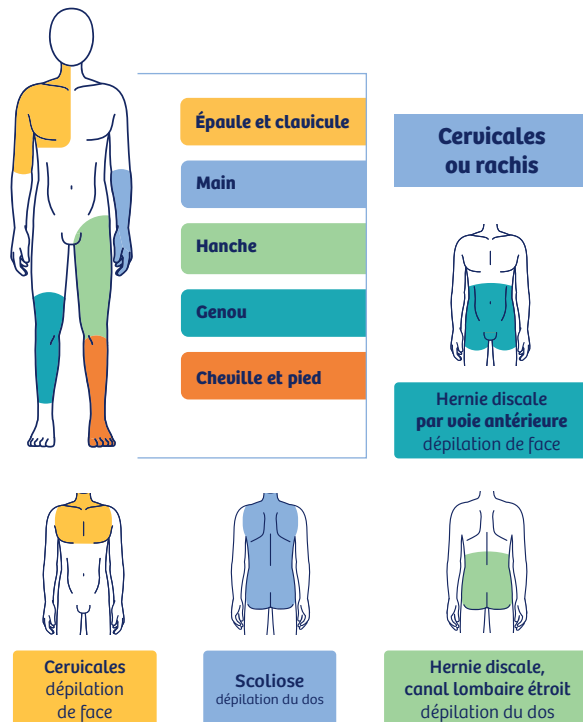
Avant mon hospitalisation je prépare mon retour :

- ☐ 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, kiné...) selon les prescriptions de mon chirurgien*

Deux jours avant mon hospitalisation :

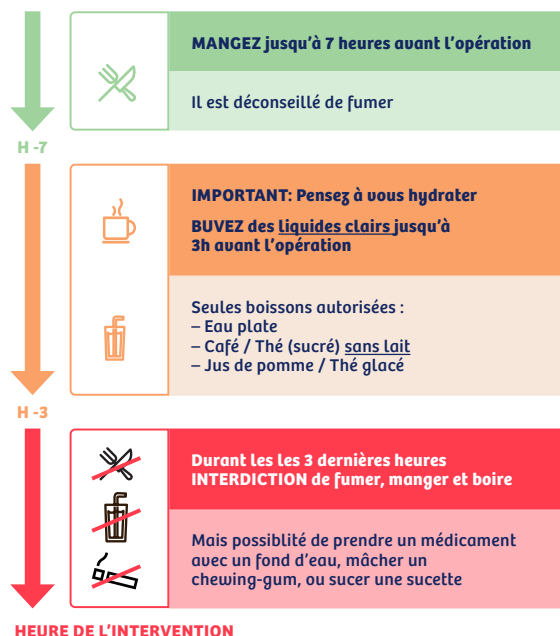
- ☐ Une infirmière va me contacter pour me donner les horaires à laquelle arrêter de manger, de boire, d'entrer à la clinique ainsi que la durée de mon intervention

- ☐ J'applique les consignes de préparation cutanée :



Le jour de mon hospitalisation :

- ☐ J'apporte ma carte de groupe sanguin
- ☐ J'apporte mes médicaments habituels (sauf ambulatoire), à remettre aux soignants à mon arrivée.
- ☐ J'apporte le matériel prescrit par mon chirurgien : bas de contention, béquilles, attelles...
- ☐ Je respecte les consignes de jeûne :



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 ?

- | | |
|--|---|
| <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

Soutenez-vous les anti-inflammatoires ?

- ☐ Oui ☐ Oui, avec protection gastrique ☐ Non

Problèmes dentaires, entourez les dents concernées :

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

- | | |
|---|---|
| <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 :

Date d'intervention :

Frais de séjour - Frais Hôtelier



Cocoon



Chambre individuelle

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Salon commun | 0 €/jour |
| <input type="checkbox"/> Cocoon | 35€/jour |
| <input type="checkbox"/> Cocoon confort
Box amélioré avec fauteuil accompagnant, TV, Wi-Fi haut débit, collation, kit de confort (nécessaire de toilette) ou kit enfant | 55€/jour |
| <input type="checkbox"/> Chambre individuelle
Chambre privative avec lavabo et WC individuels, TV, Wi-Fi haut débit, plateau de courtoisie, kit de confort (nécessaire de toilette) ou kit enfant, coffre-fort, casier sécurisé. | 70€/jour |

Participation forfaitaire au Séjour (due à la CPAM)

Participation à l'Acte de Soins (PAS) fixé par arrêté ministériel
(art. L.322-2 du code de la sécurité sociale)

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.

Vous pouvez anticiper votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle.

Ticket modérateur (art. L.322-8 du code de la sécurité sociale)

Après remboursement de l'assurance maladie, si le remboursement n'est pas pris en charge à 100%, un ticket modérateur vous sera demandé.

Vous pouvez anticiper votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle.

Nom et Prénom :

Fait à :

Le : / /

Signature :

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

Hospitalisation complète

Date d'entrée : / /20

Date de sortie prévisionnelle :

☐ Chambre particulière 75€/jour

☐ Chambre « Connectik » 85€/jour

Chambre particulière + TV + WIFI illimitée

☐ Chambre « Confortinn » 99€/jour

Chambre Connectik + petit-déjeuner continental + un kit de confort (nécessaire de toilette) ou kit enfant

☐ Chambre double 0€/jour

Possibilité de choisir des prestation à la carte :

☐ Pack « Connectik » (TV + WIFI) 11€/jour

☐ TV 9€/jour

☐ 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.

Prestations pour l'accompagnant

☐ Demi-pension 46€/nuit

(Dîner gourmand + nuit + petit-déjeuner continental)

☐ Forfait nuit + petit-déjeuner continental 46€/nuit

(Dîner gourmand + nuit + petit-déjeuner continental)

☐ Forfait nuit 20€/nuit

☐ Repas gourmand 19€

☐ Petit déjeuner continental 9€

Participation forfaitaire au Séjour (due à la CPAM)

Forfait journalier hospitaliser 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. **Vous pouvez anticiper votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle.**

Participation à l'Acte de Soins (PAS) fixé par arrêté ministériel

24€/jour

(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. **Vous pouvez anticiper votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle.**

Ticket modérateur (art. L.322-8 du code de la sécurité sociale)

Après remboursement de l'assurance maladie, si le remboursement n'est pas pris en charge à 100%, un ticket modérateur vous sera demandé.

Vous pouvez anticiper votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle.

Nom et Prénom :

Fait à :

Le : / /

Signature :

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

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 :

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 :

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.

En cas de prise en charge en ambulatoire, j'autorise la prise en soins de mon enfant en service ambulatoire et m'engage à respecter les consignes figurant dans le passeport ambulatoire.

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 soins - pour une autre situation de patient mineur

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.

En cas de prise en charge en ambulatoire, j'autorise la prise en soins du mineur en service ambulatoire et m'engage à veiller au respect des consignes figurant dans le passeport ambulatoire

Je suis : ☐ Tuteur ☐ Directeur d'établissement, d'éducation ou gardien ☐ Aide Sociale à l'Enfance

Nom :

Fait à :

Fait le : / /

Prénom :

Signature :

Autorisation de soins - 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. En cas de prise en charge en ambulatoire, je consens à être pris(e) en soins en service ambulatoire et m'engage à respecter les consignes figurant dans le passeport ambulatoire

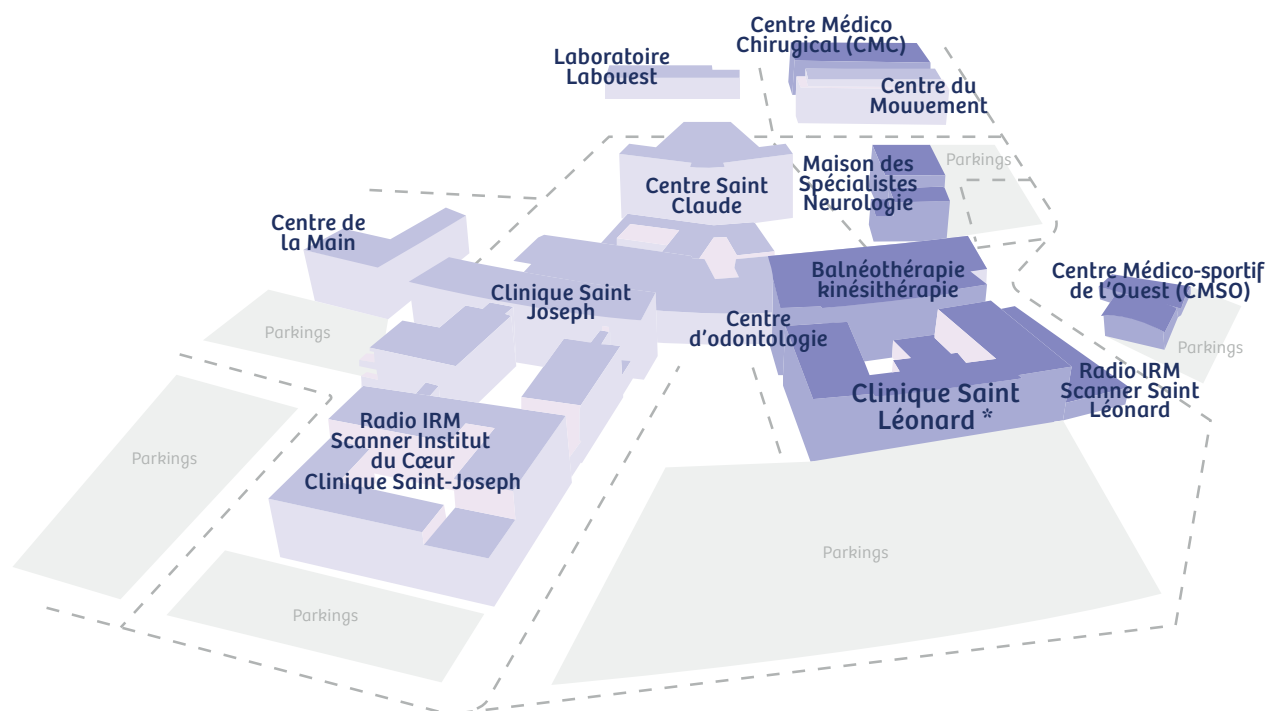
Fait à :

Fait le : / /

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

S'orienter dans le village Santé



* Bâtiment Principal Clinique Saint Léonard :
Centre de la Cheville et du Pied • Centre de l'Épaule • Centre du Rachis • Consultation Anesthésie

Notre adresse

18 rue de Bellinière, 49800 Trélazé

Numéro de l'accueil : 02.41.41.73.73

Venir jusqu'à la Clinique Saint-Léonard

Accès au Village Santé par l'autoroute A87, sortie 19

Ligne de bus n°8