

2. PRESTATIONS ET SERVICES

à compléter

Votre mutuelle peut prendre en charge certaines de ces prestations, renseignez-vous.
Dans le cas contraire, le règlement de ces prestations vous sera demandé le jour de votre départ.

PRESTATIONS

Cochez votre souhait de prestation :

• HOSPITALISATION

- Chambre particulière SOLO PLUS - 120€/jour**
chambre seule avec Wifi, télévision (+ de 80 chaînes),
tablette multimédia (jeux, accès internet...)
- Chambre particulière SOLO CONFORT - 160€/jour**
chambre seule avec Wifi, télévision (+ de 80 chaînes),
tablette multimédia (jeux, accès internet...), cafetière
Nespresso, théière, téléphone, linge de toilette,
presse quotidienne, repas gourmand, trousse de
bien-être, décoration florale
- Chambre particulière SOLO GRAND CONFORT - 190€/jour**
chambre seule avec Wifi, télévision (+ de 80 chaînes),
tablette multimédia (jeux, accès internet...), cafetière
Nespresso, théière, téléphone, linge de toilette
premium, presse quotidienne, repas gourmand,
trousse de bien-être, décoration florale, peignoir mis à
disposition, parking offert 24h
- Chambre double**
visite et salle de bain partagées, télévision et casque
en supplément

• AMBULATOIRE

- Bulle PLUS - 70€**
espace privatif, Wifi illimité, collation servie
en chambre, parking offert pendant 5h
- Bulle CONFORT - 90€**
espace privatif, Wifi illimité, collation servie
en chambre, boisson et collation pour
l'accompagnant, parking journée offert

• ACCOMPAGNANT HOSPITALISATION

- Lit accompagnant - 40€/jour**
petit-déjeuner offert
- Plateau repas accompagnant - 11€**
entrée, plat chaud, fromage et dessert

Signature :

TARIFS FORFAITAIRES

• FORFAIT JOURNALIER (hospitalisation) : 20€

Le forfait journalier correspond à la participation aux frais d'hébergement laissée à la charge des assurés sociaux accueillis en hôpital et clinique.

• FORFAIT «PAS/PAT» (hospitalisation et ambulatoire) : 24€

Depuis le 1er Septembre 2006, une participation de 18€ s'applique, par hospitalisation, dans tous les établissements de santé publics et privés, sur les actes dont le tarif est ≥ 120 €.

Ces forfaits peuvent être pris en charge par votre mutuelle, dans les mêmes conditions que le ticket modérateur.
Selon la législation en vigueur, ces tarifs sont susceptibles d'évoluer.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les praticiens qui assurent vos soins peuvent avoir opté pour le secteur conventionnel à honoraires libres. Ils sont donc autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui relèvent de leur seule discrétion et qui resteront à votre charge ou à celle de votre mutuelle. (Le devis présenté par le praticien est à valider avant l'hospitalisation.)

3. FICHE DE DÉSIGNATION

PERSONNE DE CONFIANCE / DIRECTIVES ANTICIPÉES sauf mineurs et majeurs protégés

à compléter

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées : il s'agit d'une déclaration écrite qui précise les souhaits quant à sa fin de vie, dans la mesure où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt/limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont révisables ou révocables à tout instant.

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour

Je joins à ce document mes directives anticipées sur papier

(Elles doivent comporter votre nom, prénom, date et lieu de naissance et signature. Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez les faire rédiger par un tiers et 2 témoins dont votre personne de confiance doivent attester que ce document est bien l'expression de votre volonté.)

ETIQUETTE
cadre réservé à l'administration

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

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, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

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. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

Je souhaite désigner une personne de confiance.

La personne m'accompagnera dans toutes mes démarches et assistera à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : Oui Non

Patient dans l'incapacité de nommer une personne de confiance.

(Case à cocher par un médecin)

Nom et signature du médecin

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Personne de confiance : Proche Parent Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

Fait le :

Fait le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

4. AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'OPÉRER

à compléter

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi le Médipôle Hôpital Privé pour votre séjour et nous vous en remercions. Vous pouvez donner par écrit votre consentement libre et éclairé nécessaire pour toute décision concernant votre santé. **L'autorisation écrite d'hospitalisation, d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire** pour tous les patients. Ainsi, nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'OPÉRER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

Je soussigné(e),

Patient (nom, prénom, date de naissance).....
Domicilié : n° Tél. :

À compléter si patient mineur ou majeur protégé :

Père (nom, prénom, date de naissance).....
Domicilié : n° Tél. :

Mère (nom, prénom, date de naissance).....
Domicilié : n° Tél. :

Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance).....
Domicilié : n° Tél. :

Représentant du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance).....
Domicilié : n° Tél. :

Déclare autoriser le Chirurgien et l'Anesthésiste à pratiquer sur la personne de :

Moi-même

À compléter si patient mineur ou majeur protégé :

Mon enfant mineur dont je suis détenteur de l'autorité parentale (nom, prénom, date de naissance)

M. ou Mme (nom, prénom, date de naissance)

(majeur dont j'exerce la mesure de protection)

Toute intervention chirurgicale, acte d'anesthésie ou acte médical et les examens biologiques

en vue du dépistage de certaines maladies infectieuses (Hépatites B et C, VIH...) imposés par mon (son) état de santé et l'affection dont je (il / elle) souffre. Et avoir donné mon consentement éclairé aux praticiens après qu'ils m'aient informé(e) des bénéfices et risques liés à l'intervention chirurgicale, aux actes anesthésiques ou aux actes médicaux et à toutes les conditions nécessaires pour leur réalisation dans les meilleures conditions de sécurité (y compris à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqués par d'autres médecins).

Patient

Date :

À compléter si patient mineur ou majeur protégé :

Signature des deux
parents (ou du tuteur)
obligatoire pour un
mineur.

Père

Tuteur ayant une autorité parentale

Mère

Tuteur du majeur protégé

**À REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS D'ABSENCE
DE L'UN DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

Je soussigné(e),

(nom, prénom et qualité)

.....

Cocher la mention utile :

m'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pu être présent lors de la consultation pré anesthésique et à le restituer lors de l'hospitalisation

atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (exposer la ou les raison(s)) :

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

atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document

déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (nom et prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone fixe ou numéro de téléphone portable)

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

Je confirme être informé(e) qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

Signature :

Date :



DOUCHE PRÉ OPÉRATOIRE

UN SOIN OBLIGATOIRE

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale.

La douche avant la chirurgie permet de prévenir le risque d'infection car elle participe à éliminer les germes naturellement présents sur votre peau qui pourraient être responsables de contamination pendant l'intervention.

Elle doit être prise le jour même, au plus près de l'intervention, chez vous ou dans le service si vous êtes hospitalisé la veille de la chirurgie.



AVANT LA DOUCHE



Coupez-vous les ongles et enlevez vos bijoux et vos piercings. Les ongles doivent être sans vernis, sans faux ongles ni gels ou résines

Si une dépilation a été demandée par le chirurgien

- Privilégiez la tonte avec l'utilisation d'une tondeuse, à réaliser juste avant votre douche.
- Si vous n'avez pas de tondeuse ou sur demande de votre chirurgien, réalisez une dépilation chimique (crème dépilatoire) 24 à 48 heures avant l'intervention (veuillez respecter les conditions d'utilisation pour éviter le risque de brûlures cutanées).
- **Ne vous rasez pas au niveau de la zone opératoire avec un rasoir à main, cela entraîne des microlésions pouvant favoriser la survenue d'une infection de site opératoire.**

LA DOUCHE



- Réalisez systématiquement un shampoing.
- Savonnez-vous le corps avec un savon doux liquide ou un savon antiseptique (si le chirurgien vous l'a prescrit) à l'aide d'un gant de toilette propre qui n'a pas servi ou de vos mains.

Suivez les étapes décrites sur la page ci-contre.

ÉTAPE 1

- Mouiller votre corps et vos cheveux

ÉTAPE 2

- Laver les cheveux avec votre shampoing
- Faire mousser

ÉTAPE 3

- Appliquer le savon liquide avec ou sans antiseptique sur le corps

ÉTAPE 4

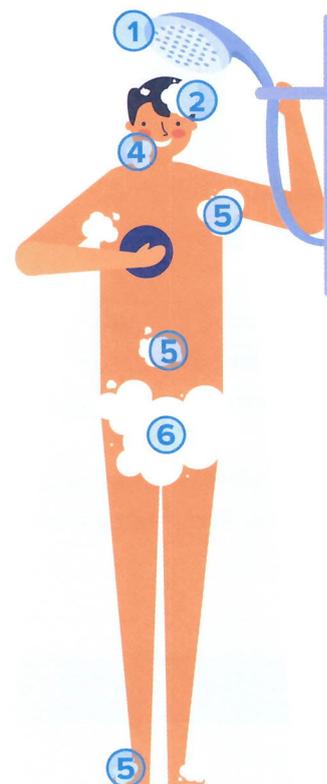
- Laver le visage et le cou en insistant derrière les oreilles

ÉTAPE 5

- Insister sur les aisselles, le nombril, les plis sous-mammaires et de l'aîne, les pieds

ÉTAPE 6

- Savonner en dernier la région génitale puis la région anale



APRÈS LA DOUCHE



- Se sécher avec une serviette propre
- Habillez-vous avec des vêtements propres ou la tenue donnée
- Se laver les dents
- Ne remettez pas de bijoux ni de maquillage



L'hygiène bucco-dentaire participe également à la prévention des infections post-opératoires. Brossez-vous les dents le jour de votre intervention et consultez votre dentiste au moindre problème.

Pour votre sécurité et pour adapter l'anesthésie à votre situation il est impératif de répondre à ce questionnaire et d'apporter le jour de la consultation :

- ORDONNANCES
- RESULTATS DE PRISE DE SANG (si vous avez des analyses récentes)
- CARTE GROUPE SANGUIN (seulement si vous en avez déjà une)
- COMPTE RENDU CONSULTATION (si vous avez consulté un cardiologue ou autre spécialiste)

NOM :	AGE :		
PRENOM :	POIDS :		
PROFESSION :	TAILLE :		

ANTECEDENTS D'ANESTHESIE :

Avez-vous déjà eu une anesthésie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu des problèmes pendant l'anesthésie ou au réveil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Précisez ici le(s) opération(s) même ancienne(s)</i>		
-	-	
-	-	
-	-	
-	-	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

CARDIAQUE		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Infarctus, angine de poitrine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Stents, pontage	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Phlébite, Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Arythmie, Fibrillation Auriculaire, ACFA	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pacemaker, Défibrillateur, « pile »	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Artériopathie, Problème vasculaire (jambe ou carotide)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
RESPIRATOIRE		
Asthme (même enfant)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Apnée du sommeil, Ronflement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Insuffisance respiratoire, oxygène	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Bronchite Chronique, BPCO	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DIGESTIF		
Ulcère, Brûlure d'estomac	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Reflux Gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Maladie du Foie, Cirrhose	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Maladie de crohn, Rectocolite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

NEURO/PSY/OPHTALMO		
Épilepsie, Convulsion	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Accident vasculaire cérébral (AVC,	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Parkinson, Sclérose en Plaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sciatique, Migraine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Dépression, Trouble Bipolaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Glaucome	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
REIN / UROLOGIE		
Insuffisance rénale, Dialyse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Problème de prostate	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Colique néphrétique, Calcul	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ENDOCRINIEN		
Diabète,	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Cholestérol, Triglycérides	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Problème de Thyroïde	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
INFECTIEUX		
VIH, Hépatite B, Hépatite C	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hospitalisation pour une infection	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autre :		

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ?

<input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Maladie sang : Hémophilie, Willebrand	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Œdème Angio-neurotique	<input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire, Myopathie		

ALLERGIES :

<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Médicament :	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> Kiwi, Banane, Châtaignes, Oeuf	<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Produit contraste iodé (scanner)	<input type="checkbox"/> Rhume des Foins		

TOXIQUES :

Tabac	<input type="checkbox"/> STOP depuis.....	<input type="checkbox"/> OUI	Nombre de cigarettes / jours :	<input type="checkbox"/> NON Jamais
Alcool	<input type="checkbox"/> STOP depuis.....	<input type="checkbox"/> OUI occasionnellement	<input type="checkbox"/> OUI quotidiennement	<input type="checkbox"/> NON Jamais
Cannabis	<input type="checkbox"/> STOP depuis.....	<input type="checkbox"/> OUI occasionnellement	<input type="checkbox"/> OUI quotidiennement	<input type="checkbox"/> NON Jamais
Autre :				

A PROPOS DES SAIGNEMENTS :

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants spontané ou pour un choc mineur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignement prolongé après une extraction dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PORTEZ VOUS ? :

Lentilles de contact	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Matériel métallique dans le corps	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE (1 au choix) :

Très bonne à bonne : monter plus de 2 étages, marche rapide, randonnée	<input type="checkbox"/>
Modérée : monter 2 étages, ménage, jardinage	<input type="checkbox"/>
Faible : marche à domicile, toilette, habillage	<input type="checkbox"/>

FEMMES UNIQUEMENT :

Contraception en cours	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Règles abondantes, prolongées ayant conduit à consulter ou traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nombre de grossesse	----	
Nombre d'enfant	----	
Hémorragie importante l'accouchement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ENFANTS UNIQUEMENT :

Ancien prématuré	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A déjà été hospitalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A déjà fait des bronchiolites	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Problème développement / Scolarité	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Marche acquise	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Parents fumeurs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

TRAITEMENTS :

Il est impératif d'apporter directement TOUTES VOS ORDONNANCES pour réaliser la consultation

AVEZ-VOUS D'AUTRES CHOSE A NOUS SIGNALER ?

--

Pour votre sécurité et pour adapter l'anesthésie à votre situation, n'oubliez pas d'apporter:

- ORDONNANCES
- RESULTATS DE PRISE DE SANG (si vous en avez récentes)
- CARTE GROUPE SANGUIN (seulement si vous en avez une)
- COMPTE RENDU CONSULTATION (cardiologue ...)

Pour prendre rendez-vous



Pour + infos

secretariat.villeurbanne@medipoleanesthesie.fr

Envoyez en avance vos documents