



 CLINIQUE DES
côtes du rhône



ADULTE

**PASSEPORT
AMBULATOIRE**

UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ ET DE PROXIMITÉ

Humanité

Solidarité

Engagement

WWW.CLINIQUEDESCOTESDURHONE.FR
04.74.29.28.28
accueil.cdr@noalys.com

NUMÉROS UTILES

Quartier Administration : 04.74.29.28.02
Quartier Infirmierie : 04.74.29.29.40
Pour une urgence : 04.74.29.28.65

Pour rappel : SAMU (15)

MÉMO :

Consultation d'anesthésie :

le :

à :

lieu :

La veille de mon intervention :

le :

Je reçois un appel pour les dernières consignes pré-opératoires et l'heure de mon admission

Le jour de mon entrée, je me présente dans l'établissement :

le :

à :

1 | LORS DE LA CONSULTATION AVEC L'ANESTHÉSISTE

- Le questionnaire d'anesthésie
- Vos ordonnances de médicaments
- Votre carnet de vaccination
- Votre carte de groupe sanguin (si vous en possédez une)
- Vos examens complémentaires (s'ils vous ont été demandés)
- Un moyen de paiement

2 | LORS DE VOTRE PRÉ-ADMISSION EN SORTANT DE VOTRE CONSULTATION AVEC L'ANESTHÉSISTE

Une pièce d'identité

Ma carte vitale et / ou mon attestation de CMU

Ma carte de mutuelle et une prise en charge

Chèques de provisions pour les dépassements d'honoraires éventuels

- La feuille bleue de pré-admission
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance
- Le formulaire de rédaction des directives anticipées
- Les informations médicales sur l'anesthésie
- Les informations relatives à la chirurgie ambulatoire
- Le consentement éclairé de votre chirurgien
- L'acceptation des dépassements d'honoraires
- Le devis remis par votre chirurgien

FINESS : 380020123

DMT AMBU : 181

MAIL : backoffice.cdr@noalys.com
Tél : 04 74 29 28 02 / Fax : 09 71 09 22 62

ATTENTION : SI UN DOCUMENT EST MANQUANT
LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION, CELLE-CI SERA ANNULÉE

3 | LE DÉROULEMENT PRATIQUE DE VOTRE SÉJOUR EST DÉCRIT CI-DESSOUS

- Je lis ce document et le rapporte à chaque étape de ma prise en charge
- Je coche les cases pour ne rien oublier le jour de l'entrée à la clinique
- Je conserve ce document après mon hospitalisation

VOUS SEREZ APPELÉ LA VEILLE DE VOTRE ADMISSION POUR CONFIRMER VOTRE HOSPITALISATION.

4

LA
VEILLE
DE MON
ARRIVÉE

- Je prends un repas du soir léger ou je suis les consignes du praticien
- J'arrête de boire, manger et fumer 6 heures avant mon entrée à la clinique, selon les consignes de mon praticien
- Je prends une douche avec du savon liquide, cheveux compris en suivant les consignes du document « Douche préopératoire » sauf si avis contraire du chirurgien
- J'enlève tout vernis à ongle, maquillage, bijoux, piercing et verres de contact
- Je suis les consignes qui m'ont été données la veille ou 48 heures avant par téléphone et je respecte l'heure d'admission donnée

Si mon chirurgien me l'a prescrit, avant la douche :

- Je procède à mon épilation avec la crème dépilatoire achetée sur ordonnance en pharmacie

5 LE JOUR DE L'INTERVENTION EN AMBULATOIRE

A domicile :

- Je reprends une douche avec du savon liquide juste avant mon départ pour la clinique, sauf avis contraire de mon chirurgien, et mets des vêtements propres
- Je n'emporte pas d'objet de valeur
- Selon les consignes du médecin anesthésiste, je prends ou non mon traitement habituel
- J'apporte les documents qu'il me manquait lors de ma pré-admission, ainsi que ce passeport

6 J'ARRIVE À LA CLINIQUE À L'HEURE PRÉVUE

- Je me présente à l'accueil de la clinique ou directement dans le service de Chirurgie Ambulatoire, au 2^e étage, si l'accueil est fermé.
- Je suis accueilli(e) par l'équipe soignante qui m'informe de la conduite à tenir avant l'intervention.

7 DIRECTION BLOC OPÉRATOIRE

- Le brancardier m'emmène au bloc opératoire.
- Je suis pris en charge par l'équipe soignante.
- Après l'intervention, je passe en salle de réveil pour une surveillance post interventionnelle et pour une prise en charge de toute douleur éventuelle.
- Le brancardier me ramène dans ma chambre

8 MON RETOUR EN CHAMBRE

- Je suis pris en charge par l'équipe soignante
- J'ai droit à une collation dans un délai défini par le praticien
- Je me lève avec l'équipe soignante
- Je vais dans le salon de sortie lorsque l'équipe soignante me l'indique
- Ma sortie est autorisée sur prescription médicale et l'horaire de sortie dépendra de cet avis
 - Je remplis un questionnaire de satisfaction
 - Quelqu'un doit obligatoirement être disponible pour venir me chercher à l'heure de sortie prévue
 - Après ma collation, je peux être amené(e) à attendre dans le salon de sortie

9 MA SORTIE

Avant de partir, je récupère :

- Une ordonnance médicale de sortie si nécessaire
- Un RDV ultérieur si besoin d'une personne majeur
- Une autorisation de sortie précisant le numéro d'appel en cas d'urgence ou de problème
- Un document précisant les consignes à respecter, spécifique à chaque praticien
- Je pars après restitution de mes documents personnels (clichés radiologiques, ma carte de groupage sanguin, mes bilans biologiques, mon compte rendu opératoire...)
- Je m'arrête au bureau des sorties

MES RENDEZ-VOUS :

APRÈS VOTRE INTERVENTION

- Vous ne pouvez pas conduire de véhicule, ni prendre les transports en commun
- Vous devez impérativement être accompagné
- Vous ne devez pas rester seul à la maison la nuit qui suit l'intervention et sans moyen de communication
- Vous ne devez pas consommer d'alcool
- Vous ne devez pas prendre de décision importante

En cas de problème lors de mon retour à domicile, je téléphone au :

04.74.29.28.65

En cas d'urgence, j'appelle le SAMU (15)

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Chaque personne a le droit d'être soulagée de sa douleur. Elle a le devoir de contribuer à la qualité des soins en retenant les principes suivants :

* Les douleurs diminuent notre énergie et affectent notre qualité de vie pendant la convalescence.

* Il vaut mieux prévenir l'apparition de la douleur. Il ne faut pas attendre que la douleur apparaisse pour prendre un analgésique.

* Les douleurs peuvent être soulagées dans la plupart des cas. Si le traitement ne vous soulage pas suffisamment ou pas assez longtemps dites-le sans tarder à votre médecin ou à votre infirmière. L'analgésique, la dose ou la fréquence peuvent être modifiés.

* La morphine est un excellent analgésique très souvent utilisé dans le traitement de la douleur post-opératoire.

* Il faut être précis dans les informations que l'on donne au médecin ou à l'infirmière. Cette collaboration est très importante pour assurer une bonne qualité des soins et un soulagement de la douleur.

Existe-t-il des effets secondaires ?

Lorsque les effets secondaires surviennent, on peut agir rapidement en changeant d'analgésique ou en administrant un produit qui traite les nausées, la constipation et la somnolence...

RAPPELEZ-VOUS

Vous êtes la personne la mieux informée sur votre douleur.

Doit-on avoir peur de devenir dépendant des analgésiques ?

Cette crainte est basée sur des vieux préjugés.

Il n'y a aucune raison de souffrir inutilement, vous pouvez soulager votre douleur sans risquer de devenir dépendant des analgésiques. Lorsque la douleur diminuera, vous diminuerez la prise des analgésiques.

CONSIGNES PRÉ-OPÉRATOIRES

Madame, Monsieur,

Vous allez faire votre entrée à la clinique des côtes du Rhône pour une intervention chirurgicale. Afin de réduire les risques d'infection, un certain nombre de mesures doivent être prises.

Il est nécessaire de prendre une douche la veille ET le jour de l'opération au savon liquide. Il convient également :

- d'oter tous les bijoux, y compris les boucles d'oreilles et piercings.
- d'enlever maquillage et vernis à ongles.
- de se couper les ongles.
- de savonner le corps entier, en insistant particulièrement sur les aisselles, le nombril et les parties génitales.
- de brosser longuement les ongles des mains (et des pieds en cas d'intervention sur le membre inférieur).
- de se sécher avec une serviette propre.
- de se rhabiller avec des vêtements et sous-vêtements propres.
- de ne pas appliquer de déodorant, de crème corporelle ni de parfum.
- de se brosser les dents de façon soignée.

Si le chirurgien vous a prescrit une épilation, pratiquer cette épilation par mousse dépilatoire VEET largement autour de la région à opérer, 48 h avant la date d'intervention. Surtout, NE PAS SE RASER, NI UTILISER DE CIRE ÉPILATOIRE

Votre clinique vous accueille :

12 rue Fernand Léger – 38150 ROUSSILLON



TRAIN
Gare le péage
de Roussillon (1.4km)



VOITURE
Parking gratuit en libre accès
devant la clinique



BUS
(LIGNE VIE08, VIE01 et 2610) Clinique
(LIGNE VIE01, VIE08 et 2610) Mairie

1

PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné {e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Souhaite désigner comme personne de confiance

J'ai bien noté que la personne que j'ai désignée en tant que personne de confiance pourra être consulté(e) par l'équipe de la clinique au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la)

joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. A ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à la clinique et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions. Les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance. Il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord. Je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment par écrit.

Madame Monsieur

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Votre lien : le conjoint un parent un proche

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant la fiche de désignation.

2

CADRE RESERVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Date :

Signature :

3

DIRECTIVES ANTICIPEES

J'ai rédigé des directives anticipées :

OUI NON

La personne de confiance connaît mes directives anticipées

OUI NON

Si je n'ai pas désigné de personne de confiance, qui les détient :

4

RETOUR À DOMICILE

À COMPLÉTER POUR UN SÉJOUR EN AMBULATOIRE (SORTIE LE JOUR MÊME DE VOTRE INTERVENTION)

La présence d'un accompagnant est **obligatoire pour le trajet du retour** au domicile :

Nom:

Prénom :

Téléphone :

La présence d'un adulte est **obligatoire au domicile pendant les premières 24 heures**

Nom:

Prénom:

Téléphone :

5

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom:

Adresse :

Téléphone

6

DOSSIER MÉDICAL PARTAGE (DMP)

Avez-vous créé votre DMP :

OUI NON

Si oui, nous autorisez-vous à l'alimenter?

OUI NON

SIGNATURE DU PATIENT

Date et Signature :

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

Personne à prévenir (en cas de problème) ou responsable légal de l'enfant

Nom et Prénom :

Numéro de téléphone fixe et/ou mobile :

3 | DIVULGATION DE PRESENCE ET INFORMATIONS MEDICALES

• **Autorisation de divulgation de présence**

Autorisez-vous la divulgation de votre présence dans l'établissement auprès de tiers

- OUI NON (votre présence ne sera révélée à personne)

• **Communication d'informations médicales**

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique vous permet de limiter l'accès aux informations médicales vous concernant.

Si le cas se présente, vous souhaitez **REFUSER** la communication d'informations médicales vous concernant

- à votre médecin traitant** **aux titulaires de l'autorité parentale** **aux ayants droits**
 autres :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

4 | PRESTATIONS HOSPITALIERES

Demande de chambre particulière pour hospitalisation complète : oui non

Demande de chambre particulière pour hospitalisation ambulatoire : oui non

5 | AVENIR

A votre sortie, souhaitez-vous un séjour en soins de suite et de réadaptation (maison de repos)

- OUI NON

Nom de l'établissement souhaité :

(Vous pouvez obtenir des renseignements auprès de l'équipe médicale)

Date :

Signature de l'hospitalisé /titulaire de l'autorité parentale/ tuteur :
(Nom et Prénom)

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, et ses spécificités en ambulatoire, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser des questions à ce médecin sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1 | L'ANESTHESIE

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie) en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par voie intra veineuse et/ou par la respiration de gaz anesthésiques. Certains actes peuvent être réalisés sous sédation qui est une forme d'anesthésie générale peu profonde.

L'anesthésie loco-régionale permet par différentes techniques de n'endormir que la partie du corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie loco-régionale. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie loco-régionale où le produit est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance. Cette consultation est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation vous êtes invité(e) à poser les questions que jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste – réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

Quelle sera la surveillance pendant l'anesthésie et le réveil ?

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat adapté à votre cas et régulièrement vérifié. En fin d'intervention vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post interventionnelle pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre. Durant l'anesthésie et votre passage en salle post interventionnelle vous serez placé(e) sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur assisté par un personnel infirmier.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les moyens actuels de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister précocement les anomalies et de les traiter. Il est aussi important de faire part au médecin anesthésiste-réanimateur et au personnel chargé de la surveillance de tous les maux que vous pourriez ressentir au cours ou après une anesthésie.

Quels sont les inconvénients et les risques d'une anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement une paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou en quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie loco-régionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent un repos de plusieurs jours et parfois un traitement local spécifique. Une paralysie temporaire de la vessie peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire. Des douleurs au point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté.

Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.

Très rarement on peut observer une baisse transitoire de l'acuité visuelle ou auditive.



En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies loco-régionales sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie loco-régionale en ophtalmologie un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

Qu'en est-il de la transfusion sanguine ?

S'il existe une possibilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous en serez informé(e) sauf cas de force majeure.

Organisation du service d'anesthésie

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes-réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas forcément le même que celui que vous avez rencontré en consultation pré-anesthésique. Néanmoins, l'anesthésiste réanimateur consultant prendra la précaution de transmettre votre dossier au confrère qui doit s'occuper de vous.

De même au cours de la période postopératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie réanimation.

2 | L'ANESTHÉSIE EN AMBULATOIRE

1 Avant l'Anesthésie

Prévenez de toute modification de votre état de santé, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse.

2 Le jour de l'Anesthésie

- ✓ Vous devez rester à **jeun** (ne rien boire ni manger) durant les six heures qui précèdent l'heure prévue pour l'anesthésie.
- ✓ Pour la prise de vos **médicaments habituels** vous devez vous référer aux consignes du médecin anesthésiste
- ✓ Vous ne devez **pas consommer d'alcool ni fumer** pendant les douze heures précédant l'anesthésie
- ✓ Prenez une **douche ou un bain** avant de vous rendre à la clinique.
- ✓ N'utilisez **ni rouge à lèvres, ni vernis, à ongles**, de façon à ne pas gêner la surveillance de votre coloration durant l'anesthésie.
- ✓ Enlevez les **verres de contact**.
- ✓ Prévoyez une **personne qui vous accompagne**, valide et responsable
- ✓ N'apportez **ni bijou, ni objet de valeur**.

3 Après l'Anesthésie

Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue.

Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e). Pour les enfants, la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit la voiture.

Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie

Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous vous en rendiez compte. Vous pouvez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.

Ne prenez pas de médicaments autres que ceux prescrits.

En cas de problème vous pouvez téléphoner au service d'urgences de la clinique au **04 74 29 28 24** ou revenir à la clinique.

Je soussigné(e) ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie, notamment en ambulatoire, et ai pris connaissance des recommandations décrites dans ce document.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourront s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste réanimateur.

Pour les mineurs, la signature des parents est indispensable.

Nom :

Prénom :

Date :

Nom du signataire (pour les mineurs) :

Signature :

A REMPLIR AVANT LA CONSULTATION et SIGNER

Votre consultation est OBLIGATOIRE plusieurs jours avant l'intervention ou l'examen programmé.

Pour les patients du **Dr SOUCHERE** veuillez prendre rdv au **04 74 29 29 02**

Pour tous les autres patients adressés par les **AUTRES CHIRURGIENS** veuillez prendre rdv au **04 74 29 29 01**
(adresse électronique : secrétaires.cdr@quincyanesthesie.com.)

Veillez-vous présenter à la consultation avec : ce questionnaire rempli, éventuellement avec l'aide de votre médecin généraliste ou de votre infirmière ; vos documents médicaux les plus récents : radiographies, électrocardiogramme, l'ordonnance de votre traitement habituel.

La consultation est payante, les médecins exercent en secteur 2.

1 | INFORMATIONS GENERALES

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Age :
Sexe :	Profession :		
Adresse :		téléphone :	
Médecin traitant :			
Chirurgien :	Type d'intervention :		
Date d'entrée :	Date d'opération :	Mutuelle :	

Poids : kg Taille : cm Tension artérielle habituelle :

2 | QUESTIONNAIRE

Remplissez le questionnaire en cochant les cases correspondantes ou en entourant les bonnes réponses.

- Avez-vous déjà été opéré(e) ?** Si oui, de quoi ?

-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Avez-vous eu une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous eu une anesthésie péridurale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'avez-vous bien supportée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'avez-vous bien supportée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une anesthésie locale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Avez-vous eu une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'avez-vous bien supportée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'avez-vous bien supportée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- Avez-vous des allergies ?** OUI NON

<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Autres médicaments :				
<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Kiwis	<input type="checkbox"/> Bananes	<input type="checkbox"/> Sparadrap	<input type="checkbox"/> Métaux
Autres allergies :					

- Avez-vous déjà présenté ?**

<input type="checkbox"/> une urticaire	<input type="checkbox"/> un rhume des foies	<input type="checkbox"/> un eczéma	<input type="checkbox"/> un œdème de Quincke
--	---	------------------------------------	--

- Dans votre famille, l'un de vos proches a-t-il été soigné pour :**

<input type="checkbox"/> un diabète	<input type="checkbox"/> un infarctus	<input type="checkbox"/> une allergie	<input type="checkbox"/> une maladie de Creutzfeld-Jacob
<input type="checkbox"/> une porphyrie	<input type="checkbox"/> une maladie musculaire	<input type="checkbox"/> une hémophilie	<input type="checkbox"/> un déficit en G6PD
Une autre maladie grave ? :			



• **Souffrez-vous d'une ou plusieurs des maladies suivantes ?**

Cardio-vasculaire (si non, passez au paragraphe suivant)

- Hypertension artérielle
- Palpitations ; Troubles du rythme
- Infarctus ; Angine de poitrine
- Souffle au cœur
- Varices
- Phlébites
- Embolie pulmonaire
- Artérite

Neurologique (si non, passez au paragraphe suivant)

- Convulsions ; Epilepsie
- Paralysie
- Dépression nerveuse
- Tétanie ; Spasmophilie
- Migraines
- Exploration cérébrale
- Traitement par l'hormone de croissance
- Maladie de Creutzfeld-Jacob

Urinaire (si non, passez au paragraphe suivant)

- Infections urinaires ; Cystites
- Coliques néphrétiques
- Insuffisance rénale
- Sang dans les urines
- Pour les hommes : Problèmes de prostate

Digestif (si non, passez au paragraphe suivant)

- Calcul dans la vésicule biliaire
- Cirrhose
- Hémorragie digestive
- Maladie de Crohn ou Rectocolite
- Ulcère ; Gastrite
- Hépatite ; Jaunisse
- Hernie hiatale

Gynécologique

- Nombre de grossesses :
- Nombre d'accouchements :
- Les accouchements se sont-ils bien passés ?
- Avez-vous un moyen contraceptif ?
- Risquez-vous d'être enceinte ?

Respiratoire

- Asthme
- Insuffisance respiratoire
- Bronchite chronique
- Pneumothorax
- Emphysème
- Tuberculose
- Apnée du sommeil
- Pleurésie

Endocrino-métabolique (si non, passez au paragraphe suivant)

- Diabète
- Cholestérol ; Triglycérides
- Thyroïde
- Crises de goutte
- Problèmes de croissance (Hormone de croissance)
- Avez-vous grossi ces derniers temps ?
- Avez-vous maigri ces derniers temps ?

Rhumatologique (si non, passez au paragraphe suivant)

- Arthrose
- Polyarthrite
- Scoliose; Cyphose

Hématologique (si non, passez au paragraphe suivant)

- Anémie
- Problèmes de coagulation
- Problèmes de rate ou de ganglions

Ophthalmologique (si non, passez au paragraphe suivant)

- Glaucome
- Forte myopie
- Portez-vous des lentilles de contact ?

Divers

- Fumez-vous, et si oui, combien ?
- Buvez-vous de l'alcool, et si oui, combien ?
- Utilisez-vous des stupéfiants, et si oui, combien ?
- Etes-vous séropositif pour le virus du SIDA ?
- Portez-vous un appareil dentaire ?
 - Supérieur
 - Inférieur
- Avez-vous des dents fragiles ?
- Avez-vous des prothèses auditives ?

• **Quels médicaments prenez-vous actuellement ? Joindre une copie de votre ordonnance :
Citer les médicaments et posologie :**

-
-
-

• **Remarques ou autres problèmes ou inquiétudes particulières :**

Fait à Roussillon, le

Signature :

**AUTORISATION D'OPERER POUR LES MINEURS DE MOINS DE 18 ANS
Merci de renseigner également la fiche spécifique d'autorisation d'opérer des mineurs**

Je soussigné M. et Mme Père et mère de l'enfant autorise le Dr à opérer mon enfant et à lui donner tous les soins nécessaires à son état.

De même, j'autorise les médecins anesthésistes réanimateurs de la clinique des Côtes du Rhône à Roussillon, à endormir mon enfant pour l'intervention prévue et à donner tous les soins pré, per et post opératoires nécessaires.

Fait à Roussillon, le :

Signature :

Je soussigné(e) **Mr/Mme**

reconnais avoir reçu de mon chirurgien, le **Docteur**

toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre.

Pour cette pathologie,, il m'a aussi été expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Néanmoins, en dehors des risques spécifiques principaux et classiques qui m'ont été exposés, je dois savoir et accepter que toute intervention chirurgicale comporte des risques incompressibles. Certains sont exceptionnels comme le décès ou le handicap mais ne peuvent malheureusement jamais être totalement éliminés. D'autres sont plus fréquents (3 à 5% de toutes les interventions chirurgicales).

Quelle que soit la chirurgie, on peut les classer dans six grandes catégories :

1. les risques hémorragiques : toute intervention chirurgicale nécessite un traumatisme cutané et des tissus traversés qui peut se compliquer malgré toutes les précautions, d'une simple hémorragie à un choc hémorragique nécessitant parfois une transfusion.
2. les risques infectieux : toute brèche cutanée ou tout passage dans l'organisme d'un corps étranger peut entraîner une pullulation de germes, germes appartenant au patient ou germes importés (infection nosocomiale) malgré un bilan pré-opératoire montrant l'absence d'infection ou/et la prescription d'une antibioprophylaxie. Certaines interventions sont plus à risque que d'autres, en particulier celles effectuées pour un abcès, une péritonite, une infection déjà existante chez le patient. Toute intervention avec mise en place d'une prothèse en métal ou tissulaire comporte un risque infectieux et un risque de rejet.
3. les risques thrombo-emboliques : toute hospitalisation entraîne un alitement de quelques heures à quelques jours qui peut être responsable de la formation de caillots dans les veines appelés *phlébites* et parfois de la migration de ce caillot dans les poumons, appelée *embolie pulmonaire*. Selon l'intervention chirurgicale programmée, des mesures de prévention des maladies thrombo-emboliques (bas de contention, piqûres d'anticoagulants) peuvent être nécessaires mais malheureusement parfois insuffisantes. Toute embolie pulmonaire est potentiellement mortelle.
4. Les risques médicamenteux : avant, pendant et après votre hospitalisation, il pourra vous être prescrit des médicaments qui comportent, quel que soit le type de molécule ou la famille, des risques d'effets secondaires ou de réactions allergiques. Ce risque est malheureusement incompressible et variable selon les individus.
5. Les risques esthétiques : toute intervention chirurgicale qui nécessite l'ouverture de la peau peut avoir des complications esthétiques en raison de la désunion de la cicatrice ou de l'existence d'une cicatrisation trop importante, appelée *cicatrisation chéloïde*.
6. Les risques douloureux : dans tout établissement de santé, des équipes médicales ont aujourd'hui des protocoles clairement établis pour éviter et limiter la douleur. Malheureusement et malgré les efforts accomplis, certaines douleurs sont très difficiles à prévenir et à contrôler.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et sollicite, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Date et Signature :

Afin de remplir nos obligations médico-légales réciproques, nous vous sommes reconnaissants de bien vouloir prendre connaissance de ce document, de le signer et le remettre à votre chirurgien ou à l'équipe médicale lors de votre hospitalisation.

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Pour m'assurer bien-être et tranquillité,
je réserve un espace pour m'accueillir lors de mon intervention (*).

Je choisis parmi les trois niveaux de confort celui qui me convient le mieux.

NOS FORAITS

CHAMBRE CLASSIQUE 55€

Wifi
Chambre privative, calme et intime*
Télévision ***
Collation améliorée sucrée **

CHAMBRE PLUS 90€

Wifi
Chambre privative, calme et intime*
Télévision ***
Collation améliorée « Gourmande**

CHAMBRE CONFORT 150€

Wifi
Chambre privative, calme et intime*
Télévision ***
Petit déjeuner accompagnant
Set de bienvenue
Linge de lit
Collation améliorée « Savoureuse**
Collation améliorée « Savoureuse »
Accompagnant

** (sauf si la chirurgie le contraint : collation froide)

PRESTATION AMBULATOIRE

Collation améliorée sucrée (sauf chirurgie ORL/Stomato) / 10€

- Boisson chaude au choix
- Jus de pomme
- Brioche
- Compote

Collation améliorée « Gourmande » (sauf chirurgie ORL/Stomato) / 20€

- Boisson chaude au choix
- Pain viennois garnis aux émincés de poulet rôti, mayonnaise au curry et salade OU fromage frais, salade et tomates séchées
- Verrine salade de fruits frais
- Cookie beurre salé
- Bouteille d'eau plate ou pétillante

Collation améliorée « Savoureuse » (sauf chirurgie ORL/Stomato) / 30€

- Boisson chaude au choix
- Rosace de pain Rillettes de thon concombre OU Rosace de pain au filet de poulet
- Tarte au citron OU Tarte tatin
- Boisson fraîche au choix
- Eau plate/ Pétillante / Jus de fruits / Soda

Collation froide pour chirurgie ORL/STOMATOLOGIE** :

1 jus de pomme, 1 compote, 1 glace, 1 verre d'eau

Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

**Vous avez la possibilité de séjourner dans un hôtel hospitalier avant ou après la chirurgie.
N'hésitez pas à demander des informations.**

*à défaut de choix, vous bénéficierez de notre espace collectif où une collation simple de réalimentation (boisson chaude, biscuits, compote) vous sera servie (et sous réserve de contraintes alimentaires).

** ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

***sous réserve de disponibilité.

Chambres particulières sous réserve de disponibilité. La notion de jour s'entend de chaque date à laquelle a été présent dans la structure. Le jour d'entrée et le jour de sortie comptent chacun pour une journée pleine.

Les tarifs s'entendent TTC (toute taxe comprise) et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

Arrêté du 30 mai 2018 : « Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestataires 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. »

Nom : Prénom : date de naissance :/...../.....

J'opte pour le forfait :

Classique* Plus* Confort*

A défaut de choix, vous bénéficierez de notre espace collectif ou une collation simple de réalimentation (Boisson chaude, biscuit, compote) vous sera servie (et sous réserve de contraintes alimentaires).

**une collation froide sera donnée pour les chirurgies ORL et stomatologie*

Je souhaite une prestation supplémentaire ambulatoire *** :

<input type="checkbox"/> Collation améliorée sucrée / 10€ <input type="checkbox"/> Collation améliorée « Gourmande » / 20€ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pain viennois au poulet rôti <input type="checkbox"/> Pain viennois au fromage frais <input type="checkbox"/> Collation améliorée « Savoureuse » / 30€ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rosace de pain Rillettes de thon/concombre <input type="checkbox"/> Rosace pain viennois au filet de poulet <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> Tarte Citron <input type="checkbox"/> Eau plate <input type="checkbox"/> Jus de fruits </div> <div> <input type="checkbox"/> Tarte Tatin <input type="checkbox"/> Eau pétillante <input type="checkbox"/> Soda </div> </div> <input type="checkbox"/> Collation froide	<input type="checkbox"/> Repas accompagnant <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Améliorée sucrée 10€ <input type="checkbox"/> Améliorée « Gourmande poulet » 20€ <input type="checkbox"/> Améliorée « Gourmande fromage » 20€ <input type="checkbox"/> Améliorée « Savoureuse thon » 30€ <input type="checkbox"/> Améliorée « Savoureuse poulet » 30€ <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> Tarte Citron <input type="checkbox"/> Eau plate <input type="checkbox"/> Jus de fruits </div> <div> <input type="checkbox"/> Tarte Tatin <input type="checkbox"/> Eau pétillante <input type="checkbox"/> Soda </div> </div>
--	--

Un hôtel hospitalier est-il prévu :

oui non

Fait à

Le/...../.....

Signature :

Commentaires :