



 CLINIQUE DES
côtes du rhône



**PASSEPORT
SOINS DE
COURTE DURÉE**

**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 Infirmerie : 04.74.29.29.40

Pour une urgence : 04.74.29.28.65

Pour rappel : SAMU (15)

MÉMO :

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 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

FINESS : 380020123

DMT AMBU : 181

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

1 | LORS DE VOTRE PRÉ-ADMISSION, MERCI DE RAMENER LES DOCUMENTS SUIVANTS

Une pièce d'identité

Ma carte vitale et / ou mon attestation de CMU

Ma carte de mutuelle et une prise en charge

- La feuille bleue de pré-admission
- La fiche administrative
- Le consentement éclairé de votre chirurgien
- Votre carnet de vaccination
- Votre carte de groupe sanguin (si vous en possédez une)
- Vos examens complémentaires (s'ils vous sont demandés)
- Vos ordonnances de médicaments
- Le devis remis par votre chirurgien
- L'acceptation des dépassements d'honoraires
- Un moyen de paiement
- Pour les mineurs** : le livret de famille, les informations médicales avant l'anesthésie de votre enfant et l'autorisation d'opérer signée par les deux parents ou les titulaires de l'autorité parentale **et joindre obligatoirement une pièce d'identité pour chacun des parents.**

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

2 | 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.

3 | 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 prescrite, avant la douche :

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

4 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

5 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.

6 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

7 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

8 MA SORTIE

Avant de partir, je récupère :

- Une ordonnance médicale de sortie si nécessaire
- Un RDV ultérieur si besoin
- 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 :

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 soigneuse.

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.

ÉTIQUETTE PATIENT

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)

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.