



ELSAN

POLYCLINIQUE MÉDIPÔLE SAINT-ROCH



PASSEPORT HOSPITALISATION
Livret d'accueil Chirurgie - Médecine

S.C.P. D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION

DOCTEURS ATTHAR - BERTRAND - FAVEL - LEGOUX - MASUREL - MIZZI - TOURNOUD - VIGIER - WELTÉ
CABINET DE CONSULTATION : 2, rue Arnaud de Villeneuve - 66330 Cabestany
POLYCLINIQUE SAINT-ROCH - SITE MEDIPOLE - 66330 CABESTANY - TEL. 0822 30 22 10

Pour prendre RDV : www.anesthesie66.fr

**Veillez compléter le questionnaire ci-joint
AVANT VOTRE CONSULTATION**

Du _____ à _____

En cas d'empêchement, merci d'annuler le rendez-vous

Munissez-vous de :

- La carte vitale et de votre pièce d'identité
- La fiche d'hospitalisation
- Votre dossier médical **COMPLET**

Veillez apporter :

- Vos dernières ordonnances médicales
- Vos derniers examens cardiologiques et sanguins en votre possession

Les Docteurs ATTHAR, BERTRAND, FAVEL, LEGOUX, MASUREL, MIZZI, TOURNOUD, VIGIER et WELTÉ sont tous membres d'une Société Civile Professionnelle d'Anesthésie Réanimation. Pour assurer la qualité et la continuité des soins conformes, aux données scientifiques, déontologiques et juridiques ; ils ont choisi de travailler en équipe. Le médecin qui vous verra en consultation n'est pas forcément celui qui vous endormira ou qui assurera la surveillance post-opératoire.

Une information générale sur l'anesthésie vous est proposée dans le texte page 2.

Chaque personne est unique. Chaque intervention et/ou examen réalisé sous anesthésie présente ses risques qui sont évalués lors de la consultation d'anesthésie.

Le médecin anesthésiste se tient à votre disposition pour toute information. Il reste à votre écoute pour répondre à vos questions.

La veille de l'intervention ou dans les heures qui précèdent l'opération ou l'examen, il faudra lui signaler les faits nouveaux qui ont pu intervenir depuis la consultation.

Les Docteurs ATTHAR, BERTRAND, FAVEL, LEGOUX, VIGIER, WELTÉ sont conventionnés en secteur 2 à honoraires libres et pourront pratiquer des dépassements d'honoraires. Les Docteurs TOURNOUD, MASUREL sont conventionnés en secteur 1, convention dans le cadre du contrat d'accès aux soins et pourront pratiquer des dépassements d'honoraires.

En cas de difficulté à la lecture ou à la compréhension de ce document il vous sera lu et expliqué sur simple demande.

FEUILLE D'INFORMATION

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, 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 à ce médecin des questions 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.

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, etc.), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre 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 locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous 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 éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ(E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance postinterventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin-réanimateur.

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 conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissement 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 pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passagers.

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 être observée. 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, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les chocs rentrent dans l'ordre en quelques jours ou 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, des complications sérieuses ne surviennent que sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésie.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie locorégionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du 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 auditive ou visuelle.

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 plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnels.

QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE ANESTHESIQUE

A RAPPORTER COMPLÉTÉ POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

► PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
 Poids : _____ Taille : _____ Profession : _____

► CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

DATE (si possible)	OPERATION OU EXAMEN	TYPE ANESTHESIE

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements : ☐ Oui ☐ Non

Saignements ☐ Oui ☐ Non

► QUEL EST VOTRE TRAITEMENT ACTUEL ?

Nom des Médicaments	Nombre de comprimés			
	Dosage	Matin	Midi	Soir

► GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Etes-vous susceptible d'être enceinte ?

☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous la pilule ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un stérilet ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des grossesses ?

☐ Oui ☐ Non Nombre : _____

► PROBLEMES ALLERGIQUES

Etes-vous allergique à un ou des médicaments particuliers ?

☐ Oui ☐ Non

Lequel ou lesquels :

► MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ?

☐ Oui ☐ Non

Quelle est la date de la dernière consultation auprès du cardiologue ? _____

Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des stents coronaires ? (ressorts dans les artères du cœur)

☐ Oui ☐ Non

Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?

☐ Oui ☐ Non

Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous fait une phlébite ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?

☐ Oui ☐ Non

► MALADIES RESPIRATOIRES

Etes-vous suivi par un pneumologue ? *Rapportez vos compte rendu et résultats d'examens*

☐ Oui ☐ Non

Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an ?

☐ Oui ☐ Non

Faites-vous des apnées du sommeil ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été soigné(e) pour une autre maladie ?

☐ Oui ☐ Non Laquelle : _____

TOURNEZ SVP ➔

► TABAC

Fumez-vous ?

Combien de cigarette par jour ? _____ cigarettes par jour

Consommez-vous du Cannabis ?

Consommez-vous d'autres toxiques ?

☐ Oui

☐ Non

Depuis combien d'année ? _____ ans

☐ Oui

☐ Non

☐ Oui

☐ Non

► MALADIES NEUROLOGIQUES

Avez-vous été traité(e) pour une migraine ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplegie) ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous été traité(e) pour une sciatique ?

☐ Oui

☐ Non

► MALADIES DIGESTIVES ET HEPATIQUES

Avez-vous été traité(e) pour un ulcère (de l'estomac ou du duodénum) ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous eu une hépatite virale (A,B,C) ? (ou jaunisse) ?

☐ Oui

☐ Non Laquelle : _____

Avez-vous été traité(e) pour une autre maladie.

☐ Oui

☐ Non Laquelle : _____

Etes-vous malade en voiture / bateau ?

☐ Oui

☐ Non

► ALCOOL

Nombre de litre de vin par jour :

☐ Oui

☐ Non

☐ 0L

☐ 1/4L

☐ 1/2L

☐ 1L

☐ 2L

☐ + de 2L

Nombre d'apéritif par semaine :

☐ 0

☐ 1

☐ 3

☐ 5

☐ + de 7 apéritifs

► MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous eu des transfusions sanguines ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?

☐ Oui

☐ Non

Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous une hémophilie, une maladie de Willebrandt ?

☐ Oui

☐ Non

► MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

Etes-vous diabétique ? (si oui depuis quand)

☐ Oui

☐ Non

Depuis : _____

Etes-vous traité par de l'insuline (injections) ?

☐ Oui

☐ Non

► ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?

☐ Oui

☐ Non

Portez-vous une ou deux prothèses dentaires amovibles ?

☐ Oui

☐ Non

Partielle : ☐ en haut ☐ en bas

Complète : ☐ en haut ☐ en bas

Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ?

☐ Oui

☐ Non

Certaines de ces prothèses fixes sont-elles fragilisées ?

☐ Oui

☐ Non

Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ?

☐ Oui

☐ Non

De quel type ?

Sur quelles dents ?

Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ?

☐ Oui

☐ Non

Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien-dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

► DIVERS

Portez-vous des lentilles de contacts ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous été traité pour un glaucome ?

☐ Oui

☐ Non

FEUILLE DE CONSENTEMENT

AVEZ-VOUS ETE VALABLEMENT INFORME(E) ?

Au cours de la consultation d'anesthésie du / / avec le Docteur _____

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie, 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 pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur.

M'ont été remis : ☐ Conseils pour l'anesthésie ☐ Conseils pour l'anesthésie ambulatoire ☐ Information sur la transfusion sanguine

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

Date :

Signature obligatoire :

AUTORISATION DE SOINS OU D'INTERVENTION SUR PATIENT MINEUR ET MAJEUR PROTEGE

POUR LES PATIENTS MINEURS

Les deux parents et/ou titulaires de l'autorité parentale ont pour obligation de signer cette autorisation. Dans le cas contraire, nous serions contraints d'annuler ou de reporter l'intervention de votre enfant.

Lors de l'admission, veuillez présenter les cartes d'identité des représentants de l'autorité parentale et le livret de famille ou leurs photocopies.

La présence de l'un des deux parents auprès de l'enfant est obligatoire.

Nous soussignons,

M.....père ou titulaire de l'autorité parentale

Mmemère ou titulaire de l'autorité parentale

De l'enfantné(e) le/...../.....

Autorisons la réalisation des actes chirurgicaux, d'anesthésie, de médecine et les actes d'exploration interventionnelle.

Fait à, le/...../20.....

Signature du père

Signature de la mère

ou

Signature du Tuteur légal

POUR LES PATIENTS MAJEURS PROTEGES

Je soussigné(e),

Mr ou Mmereprésentant légal

Du majeur protégéné(e) le/...../.....

N° de téléphone :

Autorise la réalisation des actes chirurgicaux, d'anesthésie, de médecine et les actes d'exploration interventionnelle.

Fait à, le/...../20.....

Signature représentant légal

3 - Partie CLINIQUE - CONTRAT D'HOSPITALISATION

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations hôtelières appliqués dans l'établissement, à ma charge ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir accepté :

Chambre Particulière ⁽¹⁾

- Hospitalisation

CONFORT	75,00 € / jour	☐
PREMIUM	79,00 € / jour	☐
PLATINIUM	90,00 € / jour	☐
PRESTIGE	99,00 € / jour	☐

- Ambulatoire 65,00 € ☐

Forfait ambulatoire 30,00 € ☐

Option simplicité 8,00 € ☐

Chambre double

- Offre TV	7,00 € / jour	☐
- Offre TV Premium	9,00 € / jour	☐
- Offre Divertissement	15,00 € / jour	☐

Options accompagnant

- Lit + petit-déjeuner 25,00 € / jour ☐

Thermomètre (conservé à la sortie) 2,50 € ☐

Casque audio TV (conservé à la sortie) 2,00 € ☐

Téléphone

- Mise à disposition ⁽²⁾	5,34 €	☐
- Par impulsion ⁽³⁾	0,069 €	☐

Pendant votre séjour, vous pourrez vous faire appeler directement dans votre chambre au numéro suivant : 04.68.

J'atteste avoir versé la somme de € ⁽⁴⁾ en garantie de paiement des frais d'hospitalisation restant à ma charge en :

☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Carte bancaire

IMPORTANT

1. Pour votre sécurité, nous vous invitons à déposer vos objets et valeurs dans le coffre de votre chambre ou à l'accueil.
2. Certains praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires qui relèvent de leur seule discrétion et qui resteront à votre charge ou à celle de votre mutuelle (voir les conditions fixées ci-dessous avec les médecins).
3. Vous pouvez choisir de garder confidentiel votre séjour au sein de notre établissement ; renseignez-vous à l'accueil.

Fait à Cabestany, le

SIGNATURE DU PATIENT :

Nombre de cases cochées

⁽¹⁾ La chambre particulière est due pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

⁽²⁾ Arrêté ministériel du 21/02/95, art. 2.

⁽³⁾ Décret n°94-946 du 31/10/94, art.1 : tarif opérateur majoré de 30%.

⁽⁴⁾ Sauf cas particulier, 200 €.

2 - Partie ANESTHESISTE - Dr.

INFORMATION HONORAIRES - A remplir par l'anesthésiste (si une anesthésie est programmée)

Mme., M.
Vous allez subir une intervention chirurgicale sous anesthésie. Vous serez pris en charge par l'équipe d'anesthésie. Différentes techniques sont mises à votre disposition : traitement de la douleur, transfusion autologue programmée et per-opératoire, techniques d'anesthésie locale régionale et de l'enfant...
Un supplément d'honoraires d'un montant de € vous sera demandé à la clinique ou au cabinet. Renseignez-vous auprès de votre mutuelle, ce supplément peut vous être remboursé.
Médecins conventionnés, Secteur II à honoraires libres.

VISA PATIENT

Bon pour information

1 - Partie MEDECIN - Dr.

INFORMATION HONORAIRES - A remplir par le chirurgien ou le médecin qui décide l'hospitalisation

Mme., M.
Veuillez-vous présenter à la Polyclinique Saint-Roch le à
Intervention prévue le
Type d'intervention
Un supplément d'honoraires d'un montant de € vous sera demandé à la clinique ou au cabinet. Renseignez-vous auprès de votre mutuelle, ce supplément peut vous être remboursé.
Médecins conventionnés, Secteur II à honoraires libres.

VISA PATIENT

Bon pour information

En appliquant son visa, le patient reconnaît avoir été informé sur le montant des honoraires et dépassements d'honoraires demandés par les praticiens conformément à l'arrêté du 2 Octobre 2008.

INFORMATIONS INDISPENSABLES A VOTRE HOSPITALISATION A REMETTRE LORS DE VOTRE ADMISSION

DONNEES PATIENT

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu naissance :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE*

Loi du 4 Mars 2002 « Désigner une personne 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 »

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu naissance :

Adresse :

Téléphone :

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un proche
 ☐ Un parent
 ☐ Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

☐ Oui
 ☐ Non

J'ai été informée que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

DIRECTIVES ANTICIPEES

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 modifiables/révocables à chaque instant.

- ☐ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour.
- ☐ Je souhaite rédiger des directives anticipées. Si vous souhaitez des explications complémentaires, rapprochez-vous de l'équipe soignante.

Vous allez être transfusé, Voici ce que vous devez savoir ...

La transfusion sanguine n'est réalisée que s'il existe un risque vital immédiat.

La transfusion sanguine est indispensable pour certains actes médicaux et chirurgicaux.

Il est donc nécessaire de contrôler chaque maillon de la chaîne transfusionnelle conformément aux bonnes pratiques en usage.

♦ A la collecte

Les produits sanguins labiles proviennent de donneurs bénévoles et anonymes qui acceptent le principe d'une sélection médicale rigoureuse.

Une information leur est donnée afin de les inciter à s'auto exclure dans le cas où ils présenteraient des facteurs de risques connus.

♦ Au CTS (Centre de Transfusion Sanguine)

Chaque don de sang fait l'objet de nombreux contrôles biologiques.

NB :

Dans le cadre des modifications de la circulaire N° DGS / DHOS/SD3/2006/11 du 11 janvier 06 abrogeant la circulaire DGS / DHn° 609 du 1^{er} octobre 1996 relative aux analyses et tests pratiqués sur les receveurs de produits sanguins labiles.

Malgré tout, un risque résiduel persiste, on parle de risque transfusionnel. Le risque sérologique est égale au risque d'avoir un accident corporel (voie publique, chute, voiture) soit de 1/1 000 000.

- Avant d'être transfusé un médecin vous avertira de la nécessité de cette transfusion.

♦ A la sortie

- Le médecin vous remettra une information écrite sur vos transfusions pour vous et votre médecin traitant.
- Un suivi thérapeutique vous sera proposé **trois semaines après la transfusion**. Nous vous conseillons vivement de l'effectuer.

Ce bilan post transfusionnel comprend la recherche des agglutines.



NOS SERVICES HÔTELIERS



Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein d'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

AMBULATOIRE

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'
Espace privatif, calme et intime*		✓
Pause gourmande	✓	✓
TV	✓	✓
Wifi	✓	✓
Ma trousse Ambu'	✓	✓
Tarifs/séjour	30€	65€
Votre choix	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC.

*sous réserve de disponibilité.

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Participation forfaitaire (pour tout acte égal ou supérieur à 120€)

Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.

Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.

18€/séjour

Nombre de cases cochées :

Fait à Le

Signature du patient :

POUR EFFECTUER VOTRE PRÉ-ADMISSION :

- Déposer votre fiche au bureau des pré-admissions suite à votre consultation anesthésie ;
- Ou envoyer la fiche complétée à l'adresse mail : accueil.ambu@medipole.fr

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Oui ☐Non ☐**Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission :**

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs:
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom de naissance :	Profession :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Mail :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Né (e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse :
S'agit-il d'un accident du travail :	Date de l'accident :
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	
Bénéficiez - vous de :	
Art. 115 (victimes de guerre) ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui
CMU (couverture médicale universelle) ☐ oui	Régime local ☐ oui

Tournez la page SVP ➤



Nos SERVICES HÔTELIERS



Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliquées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnaît avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous (sous réserve de disponibilités).

HOSPITALISATION

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière?

	CHAMBRE PARTICULIÈRE			
	OFFRE CONFORT	OFFRE PREMIUM	OFFRE PLATINIUM	OFFRE PRESTIGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓	✓
Coffre-fort	✓	✓	✓	✓
TV (TNT + Bein Sport + Cinéma)		✓	✓	✓
Wifi			✓	✓
Petit déjeuner « Plaisir gourmand » quotidien			✓	✓
Offre Courtoisie (réfrigérateur + thé/café)				✓
Peignoir de bain, linge de bain, trousse de toilette complète et pantoufles				✓
Tarifs /jour	75€	79€	90€	99€
Votre choix	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus
*Sous réserve de disponibilités

SERVICES À LA CARTE

	TV (25 CHAINES TNT)	TV PREMIUM (TNT + BEIN SPORT + CINÉMA)	TV PREMIUM + WIFI	TROUSSE BIEN ÊTRE	OPTIONS ACCOMPAGNANTS	
					LIT + PDJ	REPAS
Tarifs	7€/jour	9€/jour	15€/jour	8€/unité	25€/jour	12€/unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus si sortie après 10h.

PARTICIPATIONS LIÉES À VOTRE HOSPITALISATION

	Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur
Forfait journalier : ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle.	20€/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	18€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐ Fait à Le Signature du patient :

POUR EFFECTUER VOTRE PRÉ-ADMISSION :

- Déposer votre fiche au bureau des pré-admissions suite à votre consultation anesthésie ;
- Ou envoyer la fiche complétée à l'adresse mail : accueil.ambu@medipole.fr

SÉJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	
Votre heure d'entrée :	

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui ☐ Non**COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À CETTE FICHE DE PRÉ-ADMISSION :**

- Pièce d'identité
- Carte mutuelle
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs:
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents

RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom de naissance :	Profession :	
Né (e) le :	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :	
Personne à prévenir :	Téléphone :	
Mail :		
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E)

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Né (e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale :	Adresse :
S'agit-il d'un accident du travail :	Date de l'accident :
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	
Bénéficiez - vous de :	
Art. 115 (victimes de guerre) ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui
CMU (couverture médicale universelle) ☐ oui	Régime local ☐ oui

TRANSFUSION SANGUINE



1

ACCORD ECLAIRE DU PATIENT HOSPITALISE

Je soussigné (e)

Né (e) le

Et domicilié (e) à

Avoir été informé (e) par le Docteur

De la possibilité d'une transfusion de produits sanguins sur ma personne rendue obligatoire par mon état médical.

	OUI	NON
J'accepte les prélèvements sanguins pré-transfusionnels	☐	☐
J'accepte le principe d'une transfusion sanguine sur ma personne	☐	☐
Je refuse ces types de traitements	☐	☐

Je suis informé (e) de la surveillance que celui-ci implique

Fait à Cabestany, le/...../.....

Signature :
(Mettre la mention lu et approuvé)

Consentement ne pouvant être obtenu du fait de l'état médical du patient



Nom de l'IDE :