



# RENSEIGNEMENTS AVANT ENTREE EN CLINIQUE

## ENCART RENSEIGNE PAR LE CHIRURGIEN OU SA SECRETAIRE

NOM :		PRENOM :	
SEXE :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE DE NAISSANCE :	
NATURE DE L'INTERVENTION :			
COTE A OPERER :	<input type="checkbox"/> DROITE	<input type="checkbox"/> GAUCHE	<input type="checkbox"/> BILATERAL <input type="checkbox"/> NON CONCERNE
DATE DE L'INTERVENTION :			
DOCTEUR :			

## MES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX OBLIGATOIRES

Votre carte d'identité
Votre livret de famille (Mineurs)
Votre carte vitale + attestation de la sécurité sociale en cours de validité
Vos dernières ordonnances de médicaments, prescriptions d'exams de laboratoire ainsi que les résultats.
Questionnaire de santé (liseré jaune) <b>REPLI ET SIGNE</b>
Consentement éclairé de l'anesthésiste (liseré jaune) <b>REPLI ET SIGNE</b>
Votre électrocardiogramme si vous en possédez un récent
Votre carte de groupe sanguin si vous en possédez déjà une
Vos radiographies en rapport avec l'intervention
Le consentement éclairé du chirurgien (liseré bleu) <b>REPLI ET SIGNE</b>
La fiche Information Droit du Patient (page 7 de ce document) (liseré vert) <b>REPLI ET SIGNE</b>
Votre carte de mutuelle + prise en charge (explication ci-dessous)



**Vous avez la possibilité d'envoyer vos documents par mail 48h avant votre rdv de consultation anesthésique à l'adresse mail suivante : [admission@clinique-hemera.com](mailto:admission@clinique-hemera.com)**

## MA PRISE EN CHARGE MUTUELLE

Merci de contacter votre mutuelle afin d'obtenir **une prise en charge hospitalière**  
Celle-ci doit nous parvenir **AVANT VOTRE SORTIE** afin de vous éviter d'avancer les frais liés à votre séjour.

**Vous trouverez ci-après les informations à communiquer à votre mutuelle lors de votre demande :**

<p><b>CLINIQUE HEMERA</b>  <b>14 A AVENUE FOCH / 76190 YVETOT</b>  <b>MAIL : <a href="mailto:admission@clinique-hemera.com">admission@clinique-hemera.com</a></b>  <b>TEL : 02 35 95 95 00 / FAX : 02 35 95 95 58</b></p>	<p><b>SERVICE : CHIRURGIE AMBULATOIRE</b>  <b>Code DMT : 181</b>  <b>FINESS : 760 780 668</b></p>
---	---

**Toute pièce manquante à votre dossier pourra entraîner l'annulation de votre intervention**

**Veillez prendre rendez-vous pour votre consultation d'anesthésie auprès du secrétariat : 02.35.95.95.45**

## MON RENDEZ VOUS ANESTHESIE

Date		Heure	
Docteur			



# QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHÉSIE

**A apporter lors de votre consultation d'anesthésie**

**AFIN QUE VOTRE INTERVENTION SE DEROULE DANS LES MEILLEURES CONDITIONS DE SECURITE,  
REMP LISSEZ CE QUESTIONNAIRE LE PLUS COMPLETEMENT POSSIBLE EN INDIQUANT VOS  
ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX.**

*Votre médecin traitant pourra vous aider à le remplir, si besoin*

NOM :	PRENOM :
AGE :	PROFESSION :
POIDS :	TAILLE :
VIVEZ-VOUS SEUL CHEZ VOUS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## 1. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

➡ Depuis votre naissance jusqu'à ce jour, quelles interventions chirurgicales avez-vous déjà subies ?

DATE	INTERVENTION	TYPE D'ANESTHÉSIE : (Générale, locale ou péridurale)	COMPLICATIONS	
			OUI	NON

## ALLERGIE :

<p><b>➡ Allergies respiratoires :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pollen                                      <input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><b>➡ Allergies médicamenteuses :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anesthésique                              Le(s)quels : <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire                      Le(s)quels : <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Autre Antibiotique                      Le(s)quels : <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p><b>➡ Autres allergies :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Alimentaires : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p><b>Comment s'est manifestée votre allergie :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à respirer <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Chute de tension <input type="checkbox"/> Œdème (gonflement du visage, de la gorge ou des mains)</p>
--	---

## 2. ANTECEDENTS CARDIO-VASCULAIRES :

<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Artérite (maladie des artères)		
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral		
<input type="checkbox"/> Trouble du rythme cardiaque, Arythmie	<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire		
<input type="checkbox"/> Pontage coronaire	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Stent	<input type="checkbox"/> Phlébites	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Valve cardiaque			
<input type="checkbox"/> Pace Maker ou défibrillateur			
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle			

## 3. ANTECEDENTS RESPIRATOIRES :

<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Bronchite chronique		
<input type="checkbox"/> Pneumothorax		
<input type="checkbox"/> Pneumonie, pleurésie		
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Avec appareillage	<input type="checkbox"/> Sans appareillage
<input type="checkbox"/> Autres : _____		

## 4. ANTECEDENTS NEURO-PSYCHIATRIQUES :

<input type="checkbox"/> Coma
<input type="checkbox"/> Epilepsie, convulsions
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson
<input type="checkbox"/> Dépression nerveuse
<input type="checkbox"/> Autres :

## 5. TROUBLES DU METABOLISME :

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Avec Insuline	<input type="checkbox"/> Sans insuline
<input type="checkbox"/> Cholestérol	Traitement :	
<input type="checkbox"/> Thyroïde	Traitement :	
<input type="checkbox"/> Triglycérides	Traitement :	
<input type="checkbox"/> Acide urique / goutte	Traitement :	
<input type="checkbox"/> Autres troubles :		

## 6. ANOMALIE DE LA COLONNE VERTEBRALE :

<input type="checkbox"/> Rhumatisme - Arthrose	<input type="checkbox"/> Hernie discale
<input type="checkbox"/> Sciatique	<input type="checkbox"/> Canal lombaire étroit
<input type="checkbox"/> Intervention sur le rachis :	

## 7. DIVERS :

<input type="checkbox"/> Maladie de la coagulation sanguine			
<input type="checkbox"/> HIV			
<input type="checkbox"/> Glaucome			
<input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale			
<input type="checkbox"/> Cancer du sein avec curage ganglionnaire	<input type="checkbox"/> Droit		<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Lentilles de contact			
<input type="checkbox"/> Prothèses auditives			
<input type="checkbox"/> Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> Haut		<input type="checkbox"/> Bas
<input type="checkbox"/> Dents sur pivot	<input type="checkbox"/> Bridges		<input type="checkbox"/> Dents mobiles
<input type="checkbox"/> Prothèse orthopédique	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Epaule
<input type="checkbox"/> Grossesse en cours			
<input type="checkbox"/> Stérilet			
<input type="checkbox"/> Tabac	Nombre de cigarettes par jour :	Depuis : années	
<input type="checkbox"/> Piercings	Localisations :		

<input type="checkbox"/> <b>Avez-vous déjà été transfusé ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Prenez-vous des anticoagulants ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Quels médicaments prenez-vous actuellement ? Indiquez les doses</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #fff9c4; display: inline-block;"> <b>JOINDRE VOTRE ORDONNANCE DE TRAITEMENT PERSONNEL</b> </div>	
<input type="checkbox"/> <b>Suivez-vous un régime alimentaire ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui, lequel ?	<input type="checkbox"/> Non

## 8. AUTORISATION :

En prévision de votre intervention le médecin anesthésiste a prescrit un prélèvement sanguin en vue d'un test de dépistage (sérologie HIV et hépatites).

Vous serez tenu(e) informé(e) des résultats de ce prélèvement.

Pour ce faire, un consentement préalable nous est indispensable :

<input type="checkbox"/> J'autorise ce prélèvement sanguin	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas ce prélèvement sanguin
--	---

**Signature**

# CONSENTEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

*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'ANESTHESIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation de l'acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe 2 grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'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. Certains actes peuvent-être réalisés sous sédation qui est une forme d'anesthésie générale peu profonde.

**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 pré-anesthésique la veille ou quelques heures avant 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 de vos 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 SURVEILLE PENDANT L'ANESTHESIE ET A VOTRE REVEIL ?

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 post-interventionnelle (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 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'ANESTHESIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises par la science, comporte un risque.

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

Pour cela il est important de faire part au Médecin Anesthésiste-Réanimateur et au personnel infirmier chargé de la surveillance, de tous les maux que vous pourriez ressentir au cours (anesthésie locorégionale) ou après une anesthésie.

### 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 vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. **(Ne pas manger, ne pas boire même de l'eau, ne pas fumer 12h avant)**. 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 passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles.

C'est pourquoi il est important que vous nous 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 entraîner un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses 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, une complication médicale sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

### **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 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 et 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'anesthésie 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 risques transfusionnels.

## **COMMENT VOTRE DOULEUR SERA PRISE EN CHARGE ?**

Les médecins qui vont s'occuper de vous disposent de médicaments ou de techniques permettant de soulager la douleur post-opératoire. Ces moyens peuvent être utilisés isolément ou en association.

### **Organisation du service 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 obligatoirement le même que celui que vous allez rencontrer en consultation pré-anesthésique. Néanmoins, l'Anesthésiste-Réanimateur consultant prendra la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'Anesthésie-Réanimation.

### **Accord pour la procédure anesthésique**

Par ce document, j'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

J'accepte les modifications des méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité

**Date et signature :**

# CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

Comme le titre l'indique, ce document signifie tout simplement que vous avez été **informé à propos du traitement que le chirurgien vous a proposé et que vous avez donné votre accord pour ce traitement.**

**Ce n'est pas un document qui déchargerait le chirurgien ou les différents médecins de leur responsabilité en cas de faute ou d'erreur médicale avérée.**

Dans le cadre de l'information du patient, le chirurgien qui prendra en charge votre intervention attire votre attention sur le fait que :

**TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE COMPORTE UN CERTAIN POURCENTAGE DE RISQUE ET QUE VOUS POURRIEZ PRESENTER EVENTUELLEMENT DES COMPLICATIONS DURANT VOTRE OPERATION OU APRES CELLE-CI.**

## Exemples de RISQUES et de COMPLICATIONS :

- Hématome, hémorragie
- Infection, abcès
- Phlébites, embolies pulmonaires
- Troubles neurologiques sensitifs provisoires
- Troubles fonctionnels transitoires ou définitifs
- Fracture
- Décès
- Échec

*(Cette liste est exemplative et non limitative)*

Je reconnais avoir reçu à ce sujet, toute l'information souhaitée, simple, intelligible et loyale concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre et sur les différents sujets ci-dessus mentionnés.

Je reconnais avoir été informé que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté, mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles.

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

Je sais que je peux contacter mon chirurgien traitant (par téléphone ou en consultation) pour des informations complémentaires. Il me communiquera tous les renseignements et répondra à toutes les questions que je pourrais me poser.

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

Je m'engage également à respecter le règlement général de la Clinique HEMERA.

## Avant l'intervention chirurgicale :

- Type : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_
- Prévus le :        /        /        Prénom : \_\_\_\_\_
- Par le Docteur :

**Date et signature du patient  
(précédé de la mention « Lu et accepté »)**



**Cette fiche est à remplir par le chirurgien  
(Ou à défaut par le médecin traitant)**

**Repérage du patient par catégorie C et des actes à risque**

**A – Identification des signes cliniques évocateurs d'ESST**

Présence de signes cliniques **d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission d'au moins un signe neurologique**

Myotonie, troubles visuels, troubles cérébelleux, troubles pyramidaux, troubles extrapyramidaux oui non

Ataxie, chorée, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique

**AVEC**

❖ **Des troubles intellectuels** : (ralentissement psychomoteur, démence) **ou psychiatriques** (Dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire)

Si **OUI** ⇒ **avis du neurologue**

Nom et signature : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

**NON**  
Patient est ni suspect ni atteint = **C1**

**Suspicion confirmée**  
→ **Patient catégorie 2 C2**  
**Atteint - suspect**

Suspicion non confirmée

**Passez questionnaire B**

Si l'acte invasif est maintenu, préciser la nature de l'acte = B + C

**B – Communs à tous les patients C1 et C2 : Repérage des actes invasifs à risque**

-Neurochirurgie sauf rachis –Ophtalmologie : rétine et nerf optique –ORL : chirurgie ou endoscopie touchant la muqueuse olfactive

oui non

**Si OUI**  
**+ Patient C1**

**Si OUI**  
**+ Patient C2**

Si **NON**  
**+ Patient C1**

**Si NON**  
**+ Patient C2**

**C – Pour patients C2 : Repérage des actes invasifs à risque**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| - Biopsie ou curage d'un ganglion ou contact  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Biopsie ou exérèse d'une formation lymphoïde organisée (rate, ganglions lymphatiques, amygdales, appendice, thymus et celles présentes dans le jéjunum, iléon, colon, caecum et rectum) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Intubation ou utilisation du masque laryngé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les endoscopies passant par le carrefour aérodigestif   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Les endoscopies par voie rectale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si OUI**  
**+ Patient C2**

**Si NON**  
**+ Patient C2**

Formulaire rempli selon les dires du patient ce jour (si patient non interrogeable+ actes invasifs à risque→ procédure PR

Patient catégorie	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	Date : .../.../..... <b>Cachet du Médecin Prescripteur :</b> <b>Signature</b>
-------------------	---	---

Procédure à appliquer pour le matériel	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> PM
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------



# INFORMATIONS ET DROIT DU PATIENT

IDENTITE CONFIDENTIELLE		
Je souhaite que ma présence reste confidentielle dans l'Etablissement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PERSONNE A PREVENIR		
<i>La personne à prévenir est la personne qui sera contactée pour d'éventuels besoins (transport, effets personnels)</i>		
NOM :		
TELEPHONE :		

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
<i>La personne de confiance est une notion de droit français de la santé. C'est la personne qui m'accompagne dans mes démarches de soins et qui pourra transmettre mes volontés si je deviens hors d'état de m'exprimer</i>
Je, soussigné(e).....
Désigne M., Mme, Mlle :
Nom, prénom : .....
Adresse : .....
N° de téléphone : .....N° de portable :.....
E-mail : .....
Lien avec la personne : .....
Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :
<input type="checkbox"/> Jusqu'à ce que j'en décide autrement
<input type="checkbox"/> Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement
J'ai bien noté que M., Mme., Mlle. ....
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions</li><li>• Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.</li><li>• Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et je devrais m'assurer de son accord.</li></ul>

INFORMATION DIRECTIVES ANTICIPEES
<i>La directive anticipée est un document écrit, daté et signé par lequel je rédige mes volontés quant aux soins médicaux que je veux ou pas recevoir dans le cas où je serais devenu(e) inconscient(e) ou dans l'incapacité d'exprimer mes volontés.</i>
Je, soussigné(e)..... avoir reçu l'information concernant la possibilité de rédiger mes directives anticipées.

Visa de la personne désignée :
--------------------------------

Fait à :
Le :
Signature :

# INFORMATION ENQUETE NATIONALE / e-SATIS



ACCUEIL

PRISE  
EN  
CHARGE

CONFORT

ORGANISATION  
DE LA  
SORTIE

## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE \*

**PARTICIPEZ A L'ENQUETE NATIONALE DE MESURE  
DE LA SATISFACTION DES PATIENTS**

Je veux participer,  
que dois-je faire ?

**2 à 10 semaines après votre sortie, vous  
recevez sur votre boîte mail un lien  
pour remplir un questionnaire en ligne**



**Dès l'activation du lien, vous disposez  
d'un délai de 12 semaines pour  
répondre aux questions**

**VOS REPONSES SONT ESSENTIELLES POUR NOTRE ETABLISSEMENT ELLES CONTRIBUENT A  
L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VOTRE PRISE EN CHARGE EN REPONDANT AU MIEUX A  
VOS ATTENTES**

**Je souhaite répondre à cette enquête**

**Mail :** \_\_\_\_\_

**Signature :**

**Je ne souhaite pas  
répondre à cette enquête**

- Je n'ai pas d'adresse mail
- Je refuse de communiquer mon  
adresse mail

*\*Diffusion publique sur le site Scope santé. E-mail utilisé uniquement pour les besoins de l'enquête.*

# TARIFS PRESTATIONS

<b>RESERVE A L'ETABLISSEMENT</b>	<b>COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT</b>

SUPPLEMENTS HOTELIERS	TARIFS		SIGNATURE
<b>Chambre particulière</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TV</li> <li>▪ Collation adaptée à la pathologie : Café, Thé, Chocolat, Jus de fruit, Biscottes, Pain, Beurre, Confiture</li> <li>▪ Bouteille d'eau 50cl</li> <li>▪ Flacon de solution hydro alcoolique</li> </ul>	Par jour	50*euros	
<b>Chambre commune</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TV</li> <li>▪ Collation adaptée à la pathologie : Café, Thé, Chocolat, Jus de fruit, Biscottes, Pain, Beurre, Confiture</li> <li>▪ Bouteille d'eau 50cl</li> </ul> Flacon de solution hydro alcoolique	Par jour	15* euros	

*\*Tarifs au 01 Janvier 2019*

Je soussigné(e) .....déclare m'engager à régler, déduction faite de la participation éventuelle de la mutuelle (carte et/ou prise en charge nécessaire), les frais de séjour et les suppléments dû à la sortie.

