

L'EXCELLENCE DES SOINS,  
*l'hospitalité en plus*

DOSSIER ADMINISTRATIF



# MÉMO

## POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

- ▶ **Questionnaire pré-anesthésique (adulte ou pédiatrique)** complété
- ▶ Examens réalisés et ordonnances si traitement quotidien

## POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER

- ▶ **Fiche d'inscription** complétée
- ▶ Carte d'identité / Passeport / Carte de séjour
- ▶ Carte vitale / Attestations de droits ouverts à l'Assurance Maladie
- ▶ Justificatif d'exonération (ALD, CSS, AME, accident du travail, ...)
- ▶ Carte de mutuelle (si hospitalisation)
- ▶ **Fiche des frais clinique et prestations hôtelières** complétée

### DOSSIER INCOMPLET ?

**Si un document manque veuillez l'envoyer par mail au plus vite avant votre entrée :**

**Séjour en ambulatoire :**  
admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com

**Séjour en hospitalisation complète :**  
admissions@clinique-stjeandedieu.com

## LE JOUR DE VOTRE ENTRÉE

- ▶ **Fiche d'admission des majeurs (ou mineurs)** complétée
- ▶ Si prescrit : attelles, chaussures orthopédiques, béquilles, panties
- ▶ Tenir compte de l'intervention prévue : tenue et sous-vêtements confort sans armature pour une intervention du sein
- ▶ En hospitalisation complète : vêtements de nuit, chaussons, serviettes gant de toilette, brosse à dents et dentifrice, ...
- ▶ Préparation médicale : douche la veille au soir et le jour J, respecter les consignes de jeûne, dépilation si recommandée par votre médecin

**Pour plus d'infos sur votre séjour**



## INFOS PRATIQUES

### Dépôt d'argent et de valeurs

- Évitez de vous munir de biens précieux ;
- Déposez-les dans le coffre de sécurité individuel de votre chambre.

**La Clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable des valeurs, bijoux et argent que vous conservez avec vous.**

### Pour limiter le risque d'infection dans les services de soins :

- Par arrêté préfectoral, les enfants de - de 15 ans ne peuvent pas rendre visite aux patients
- Les plantes et fleurs sont interdites

### Visites en ambulatoire\*

- Chambre double : pas d'accompagnant (il devra vous attendre à la cafétéria)
- Chambre seule : 1 personne maximum

### Visites en hospitalisation complète\*

- Visites en journée de 13H à 21H :
- Chambre double : 1 seule personne
  - Chambre seule : 2 personnes maximum en même temps
- \*Sauf restrictions particulières (cf site internet)**

### À apporter pour votre consultation d'anesthésie

À REMPLIR

Nom de naissance : ..... Nom usuel : .....  
 Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Profession (même retraité(e)) : ..... Poids : ..... Taille : .....  
 Chirurgien : Dr ..... Anesthésiste - réanimateur : Dr .....  
 Nature de l'intervention : .....  
 Côté à opérer : ..... Intervention prévue le : .....  
 Médecin traitant : Dr .....

À REMPLIR

Avez-vous **déjà eu des interventions** ou des **examens sous anesthésie** (générale, péridurale ou locorégionale : membre ou partie d'un membre) ? .....  OUI  NON  
 Pour **quelle(s) intervention(s)** ? (Indiquer la date pour chaque intervention) .....  OUI  NON  
 Vous a-t-on signalé une **complication** à l'occasion de celle(s)-ci ? .....  OUI  NON  
 Y a-t-il eu des **problèmes d'anesthésie** dans votre famille (père, mère, sœur, frère, enfant) ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous fait des **allergies** (médicaments, latex), de l'urticaire, de l'eczéma, un rhume des foies ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous un traitement pour l'**hypertension artérielle** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous de l'**angine de poitrine** ou fait un **infarctus** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous d'autres **maladies cardiaques** (arythmie, insuffisance cardiaque, pacemaker...) ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous déjà eu une **phlébite** ou une **embolie pulmonaire** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous déjà eu un **ulcère** à l'estomac ou au duodénum ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous du **diabète** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour un **saignement prolongé/inhabituel** (saignement de nez, petite coupure, extraction dentaire...) ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous entendu parler d'**hémophile** ou de maladie de la **coagulation** dans votre famille ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous déjà reçu des **transfusions de sang** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous fait une **hépatite virale** ou une autre **maladie infectieuse grave** ? .....  OUI  NON  
 Êtes-vous **épileptique** ou avez-vous déjà fait un **accident neurologique** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous un **glaucome** (hypertension dans l'œil) ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous de l'**asthme**, de la **bronchite chronique** ou un autre **problème respiratoire** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous des problèmes **urinaires** (calculs, infections...) ou de **prostate** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous entendu parler d'une des maladies suivantes dans votre famille :  
**myopathie - myasthénie - porphyrie - hyperthermie maligne** ? .....  OUI  NON  
 Avez-vous un **appareil dentaire**, un **bridge**, une (des) dent(s) sur **pivot**, des **implants** dentaires ? .....  OUI  NON  
 (complétez les informations concernant les dents au verso de cette fiche)  
 Avez-vous d'**autres maladies** à nous signaler ? .....  OUI  NON  
 .....

Quelle est votre **consommation journalière** de :

- Tabac : .....
- Alcool : .....
- Autres drogues : .....

**Grossesse ou retard de règles** ? .....  OUI  NON

Signalez-le à vos médecins en vue d'une éventuelle exposition aux rayonnements X (si votre état de santé le nécessite).

Notez TOUS les médicaments que vous prenez, ainsi que les doses :

.....

.....

.....

.....

.....

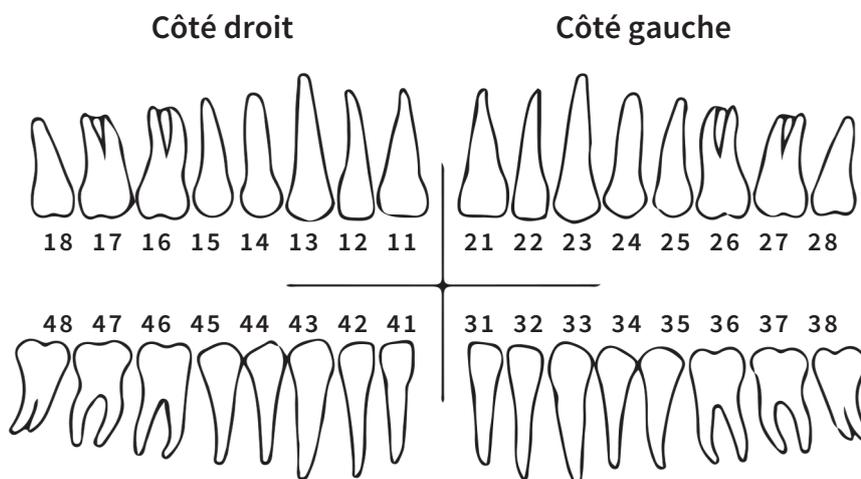
.....

.....

.....

Pour prévenir le risque de bris dentaire, veuillez signaler sur le schéma suivant :

- vos dents abîmées
- vos dents cassées
- vos appareils dentaires
- vos implants dentaires
- vos facettes



#### ATTENTION !

Pensez à apporter votre dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...). Tout médicament non signalé à l'anesthésiste-réanimateur ne pourra être délivré durant votre hospitalisation (somnifère, antalgique, antimigraineux, collyre, laxatif...).



Le : ..... Signature :

## À remplir, à signer et à apporter à la consultation d'anesthésie

À REMPLIR

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom usuel : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Nom du pédiatre ou médecin généraliste : Dr \_\_\_\_\_  
Chirurgien : Dr \_\_\_\_\_ Anesthésiste - réanimateur : Dr \_\_\_\_\_  
Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_  
Côté à opérer : \_\_\_\_\_ Date de l'intervention : \_\_\_\_\_

À REMPLIR

Terme / SA : ..... Poids de naissance : .....  
Réanimation à la naissance ? .....  OUI  NON  
Intervention(s) chirurgicale(s) sous anesthésie(s) générale(s) ou locorégionale(s) .....  OUI  NON  
Si oui, pour quelle(s) intervention(s) ? (indiquer la date pour chaque intervention) : .....  
.....  
Complication(s) signalée(s) ? .....  OUI  NON  
Problème(s) d'anesthésie(s) dans votre famille ? .....  OUI  NON  
Problème(s) dans la fratrie ? .....  OUI  NON  
Hyperthermie maligne ? .....  OUI  NON  
Hospitalisation(s) pour un problème médical ? .....  OUI  NON  
Motif(s) : .....  
Durée : ..... Âge : .....

### Terrain allergique - médecin spécialiste : Dr .....

Allergie(s) médicamenteuse(s) ? .....  OUI  NON  
Lesquelles ? .....  
Allergie(s) alimentaire(s) ? .....  OUI  NON  
Lesquelles ? .....  
Intolérance aux protéines de lait de vache ? .....  OUI  NON  
  
Allergie(s) aux poil(s) ? .....  OUI  NON    Aux acariens ? .....  OUI  NON    Aux pollens ? .....  OUI  NON  
Rhinite allergique ? .....  OUI  NON    Asthme allergique ? .....  OUI  NON  
Œdème ? .....  OUI  NON    Eczéma ? .....  OUI  NON

### Risque hémorragique - médecin spécialiste : Dr .....

Antécédent(s) dans la famille proche d'une maladie hémorragique ? .....  OUI  NON  
Hémophilie, Willebrand, Trouble(s) de l'hémostase : .....  
Tendances aux ecchymoses importants (> 2cm) pour un choc mineur ? .....  OUI  NON  
Saignement(s) important(s) après une chirurgie ? .....  OUI  NON  
Saignement(s) prolongé(s) après une extraction dentaire ou une coupure ? .....  OUI  NON  
Tendances aux saignements prolongés ou inhabituels ? .....  OUI  NON

**Maladies cardiaques - médecin spécialiste : Dr .....**

Pathologies cardiaques : .....

Souffles au cœur ? .....  OUI  NON      Réalisation d'une échographie cardiaque ? .....  OUI  NON**Maladies respiratoires et ORL - médecin spécialiste : Dr .....**Bronchiolites ? .....  OUI  NON      Asthme ? .....  OUI  NON      Laryngite ? .....  OUI  NONOtites à répétitions ? .....  OUI  NON      Toux chronique ? .....  OUI  NON      Apnée du sommeil ?  OUI  NON

Pendant son sommeil votre enfant :

Ronfle plus que la moitié du temps ? .....  OUI  NON      Ronfle bruyamment ?.....  OUI  NONA du mal à respirer ou lutte pour respirer ? ...  OUI  NONAvez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de respirer pendant la nuit ? .....  OUI  NONSe réveille sans se sentir en forme (pas bien reposé) le matin ? .....  OUI  NONTabagisme des parents ? .....  OUI  NON**Maladies digestives et métaboliques - médecin spécialiste : Dr .....**

Pathologies : .....

Problèmes de diabète ? ....  OUI  NON      Reflux gastrique ? .....  OUI  NON      Hormone deDouleurs abdominales ? ....  OUI  NON      Vomissements ? .....  OUI  NON      croissance ? .....  OUI  NON**Maladies neurologiques - médecin spécialiste : Dr .....**

Âge de la marche : ..... Âge de la position assise : .....

Anxiété ? .....  OUI  NON      Épilepsie ? .....  OUI  NON

Traitement(s) : .....

**Calendrier Vaccinal à jour ? .....**  OUI  NON**Notez TOUS les médicaments pris par l'enfant, ainsi que les doses : .....**

.....

**Pour prévenir le risque de bris dentaires, veuillez signaler sur le schéma suivant :**

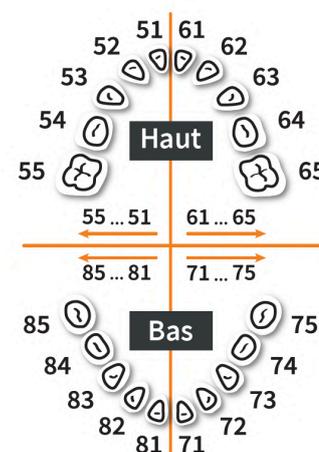
les dents abimées : .....

les dents cassées : .....

les appareils dentaires : .....

les implants dentaires : .....

les facettes : .....

**ATTENTION !**

Pensez à apporter la dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment pour votre enfant (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...).



Le : ..... Signature :

# FICHE D'INSCRIPTION

**À remplir et à remettre au service des pré-admissions, après votre consultation d'anesthésie**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Adresse postale : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Cette personne, légalement capable, est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant  Autre : \_\_\_\_\_

## Personne de confiance

C'est une personne qui peut avoir un rôle majeur dans les décisions médicales vous concernant dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Elle sera consultée et recevra les informations nécessaires à cette fin. Cette personne n'a pas accès à votre dossier médical, seulement sur procuration de votre part. Elle n'est pas obligatoire mais cela est recommandé notamment lorsque l'équipe médicale est amenée à prendre des décisions importantes concernant votre état : choix d'une prise en charge particulière, limitations ou arrêts des traitements curatifs, application des directives anticipées... L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté et non la sienne. C'est pourquoi ce choix est important.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. Toutefois, pendant votre séjour, vous pourrez en désigner une en remplissant cette fiche disponible auprès des infirmiers(ères).

Je souhaite désigner une personne de confiance et je m'engage à l'informer qu'elle le sera pour toute la durée de mon hospitalisation\* et que son identité et ses coordonnées figureront dans mon dossier médical :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

\* Je peux modifier cette désignation à tout moment en remplissant la fiche de révocation disponible auprès des infirmiers(ères).

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom, prénom), déclare exactes les informations mentionnées ci-dessus.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Signature du patient (ou de son représentant légal) :

À REMPLIR

# TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

## Chers patients,

Dans le cadre de notre engagement continu à améliorer la qualité de nos soins et à soutenir nos initiatives de mécénat, nous vous invitons à participer à notre programme de collecte de données. Nous tenons à vous rassurer sur le fait que vos informations personnelles seront traitées avec la plus **grande confidentialité et ne seront en aucun cas commercialisées**.

Votre contribution est **précieuse** et nous permettra de **mieux répondre à vos besoins** tout en soutenant des projets qui nous tiennent à cœur. Nous vous remercions par avance pour votre confiance et votre soutien.

## Participez à l'enquête nationale de satisfaction e-Satis

L'enquête e-Satis est organisée auprès de tous les patients hospitalisés volontaires par le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé. Cela permet de mesurer en continu la satisfaction et l'expérience des patients afin d'identifier les points forts et les axes d'amélioration. J'autorise la transmission de mon e-mail : **OUI**  **NON**

## Et si vous donniez votre avis via Merci Docteur ?

Nous vous invitons à partager votre ressenti, positif ou non, en laissant un avis sur votre prise en charge au sein de notre établissement. Vos retours sont essentiels et nous permettent d'améliorer constamment la qualité d'accueil et de soins afin de répondre à vos attentes. J'autorise la transmission de mon e-mail : **OUI**  **NON**

## Appel aux dons

Les informations recueillies par la Clinique Saint Jean de Dieu en tant que responsable de traitement (service communication et mécénat), notamment votre adresse mail, font l'objet d'un traitement dans le but de vous adresser des communications concernant nos appels aux dons. Les données seront conservées pour une durée de deux ans à compter du dernier contact.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27/04/16, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, et d'opposition aux informations qui vous concernent en vous adressant à la Clinique Saint Jean de Dieu : [dpo@clinique-stjeandedieu.com](mailto:dpo@clinique-stjeandedieu.com).

Vous pouvez vous opposer lors de la collecte des informations et à l'envoi de chaque mail qui vous sera envoyé par le lien en bas de l'e-mail « se désinscrire ». Vous disposez également de la possibilité d'adresser une plainte auprès de la CNIL.

J'autorise la transmission de mon e-mail : **OUI**  **NON**

## Vos données médicales

Conformément aux articles L.1111-7 et R. 1111-1 à R. 1111-8 du Code de la Santé Publique (CSP), nous constituons un dossier médical qui comporte toutes les informations de santé vous concernant. Celles-ci peuvent vous être communiquées soit directement, soit par l'intermédiaire d'une personne que vous aurez mandatée ou d'un médecin que vous choisirez librement.

Vous pouvez également consulter votre dossier sur place, avec ou sans accompagnement d'un médecin, selon votre choix. Le délai légal de communication est de huit jours pour un dossier de moins de cinq ans (article L.1111-1 du CSP). Il est porté à deux mois pour les dossiers de plus de cinq ans (article L.1111-1 du CSP). Votre dossier médical est conservé pendant au moins vingt ans à compter de la date de votre dernier séjour ou de votre dernière consultation externe (article R1112-7 du CSP).

## Mon Espace Santé (MES) - Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) - Identité Nationale de Santé (INS)

Les établissements de santé ont l'obligation d'alimenter les espaces numériques dédiés aux patients. Nous alimenterons "Mon Espace Santé" avec les documents produits au décours de votre séjour (compte-rendu opératoire, lettre de liaison de sortie, ordonnance de sortie, ...), en ayant préalablement sécurisé votre identité numérique (qualification de votre Identité Nationale de Santé - INS).

Vous avez la possibilité de consulter les données de santé produites et transmises par l'ensemble des professionnels et/ou établissements de santé auprès desquels vous êtes pris(e) en charge dans "Mon Espace Santé". Cet espace numérique sécurisé et de confiance vous permet de bénéficier d'une Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) sur laquelle les professionnels peuvent aussi vous envoyer des messages. Vous pouvez vous opposer au remplissage de votre Espace de Santé (MES) en vous y connectant via le lien : [www.monespacesante.fr](http://www.monespacesante.fr)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom, prénom), déclare avoir pris connaissance des informations notées ci-dessus.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Signature du patient (ou de son représentant légal) :

# AMBULATOIRE - FAST TRACK

## Tarifs règlementaires

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie ne rembourse pas en totalité les frais médicaux. Une partie des dépenses reste à votre charge en fonction de votre situation. Si vous avez une complémentaire santé, ces montants peuvent être pris en charge selon le contrat que vous avez souscrit. Renseignez-vous auprès de votre mutuelle.

## Forfait

Participation forfaitaire pour certain actes médicaux lourds : tous les actes dont le tarif est au moins égal à 120€ engendrent l'application d'un forfait d'un montant de 24€.

### *Exonération*

100% dans la limite des tarifs conventionnels

- Affection de longue durée (ALD) si l'intervention concerne cette ALD
- Complémentaire Santé Solidaire (CSS - anciennement CMU)
- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Invalidité
- Aide médicale d'État (AME)

## Ticket modérateur

Tous les actes dont le tarif est inférieur à 120€ engendrent l'application du TM. Il s'applique à toutes les prestations prises en charge par la CPAM et représente la part des dépenses qui restent à votre charge après remboursement de la CPAM et avant déduction des participations forfaitaires.

Son montant varie en fonction des prestations (soins, médicaments, appareillage) et représente 20% du séjour et de tous les actes.

### *Exonération*

100% dans la limite des tarifs conventionnels

- Affection de longue durée (ALD) si l'intervention concerne cette ALD
- Complémentaire Santé Solidaire (CSS - anciennement CMU)
- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Invalidité
- Grossesse en cours
- Aide médicale d'État (AME)

# AMBULATOIRE - FAST TRACK

Prestations hôtelières

## Forfait réglementaire

Participation forfaitaire

24,00 €

## Fast-track - Circuit court

WIFI - collation gourmande adaptée\*

25,00 €

## Ambulatoire

Offre classique : Chambre double - WIFI - télévision - collation gourmande adaptée\*

40,00 €

Offre confort : Chambre particulière\*\* - WIFI - télévision individuelle - collation gourmande adaptée\*  
possibilité d'avoir un accompagnant

100,00 €

\* Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin et adaptée à votre intervention.

\*\* La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin

**Montant prévisionnel  
pour la Clinique**

€

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_;

- reconnais avoir pris connaissance de ce devis

- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

**Découvrir nos  
prestations confort :**



# HOSPITALISATION COMPLÈTE

## Tarifs règlementaires

Sur présentation de votre carte mutuelle, nous demanderons un accord de prise en charge. Si nous obtenons une réponse avant votre entrée, vous ne réglerez alors que le montant non pris en charge.

## Forfait journalier

Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée, y compris le jour de sortie. Le montant de ce forfait est fixé par Arrêté Ministériel. Depuis le 01/01/2018, il est de 20€ par jour.

### Exonération

100% dans la limite des tarifs conventionnels

- Complémentaire Santé Solidaire (CSS - anciennement CMU)
- Aide Médicale d'État (AME)
- Accident du travail ou maladie professionnelle

## Participation forfaitaire ou Ticket modérateur

Participation forfaitaire pour certain actes médicaux lourds (PAS) : tous les actes dont le tarif est au moins égal à 120€ engendre l'application d'un forfait d'un montant de 24€.

### Exonération

100% dans la limite des tarifs conventionnels

- Affection de longue durée (ALD) si l'intervention concerne cette ALD
- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Invalidité
- Complémentaire Santé Solidaire (CSS - anciennement CMU)
- Aide Médicale d'État (AME)

## Ticket modérateur

Tous les actes dont le tarif est inférieur à 120€ engendre l'application du TM. Il s'applique à toutes les prestations prises en charge par la CPAM et représente la part des dépenses qui restent à votre charge après remboursement de la CPAM et avant déduction des participations forfaitaires.

Son montant varie en fonction des prestations (soins, médicaments, appareillage) et représente 20% du séjour et de tous les actes.

### Exonération

100% dans la limite des tarifs conventionnels

- Affection de longue durée (ALD) si l'intervention concerne cette ALD
- Complémentaire Santé Solidaire (CSS - anciennement CMU)
- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Invalidité
- Grossesse en cours
- Aide Médicale d'État (AME)

# HOSPITALISATION COMPLÈTE

Prestations hôtelières

## Forfait réglementaire

- Forfait journalier
- Participation forfaitaire

20 € / jour  
24,00 €

## Chambres particulières

- Chambre particulière classique\*\***  
Coffre individuel, réfrigérateur, TV, téléphone, WIFI illimitée, petit-déjeuner Gourmet\*, salle d'eau privative, shampoing, gel douche, kit linge
- Chambre particulière suite\*\***  
Coffre individuel, climatisation, réfrigérateur, TV, téléphone, WIFI illimité, cadeau de bienvenue, coin salon, petit-déjeuner et repas gourmets, cafetière, salle d'eau spacieuse, shampoing, gel douche, nécessaire bien-être, kit linge confort, kit repos

210 € / jour  
(dont jour de sortie)

300 € / jour  
(dont jour de sortie)

## Les accompagnants en chambre particulière

- Lit accompagnant (petit-déjeuner inclus)
- Lit accompagnant pour un enfant de -2 ans (petit-déjeuner inclus)
- Repas menu Classique
- Repas menu Gourmet

65 € / nuit  
Pas de supplément  
12 € / repas  
30 € / repas

## Chambres doubles et accompagnants

- Chambre double
- Fauteuil accompagnant pour un enfant de ≤12 ans
- Petit-déjeuner accompagnant
- Repas menu Classique
- Repas menu Gourmet

Pas de supplément  
Pas de supplément  
10,00 €  
12 € / repas  
30 € / repas

## À la carte

- Forfait confort en chambre double : petit-déjeuner Gourmet\* - TV - téléphone
- Offre multimédia : TV, ouverture de la ligne téléphonique
- Nécessaire bien-être : brosse à dent, dentifrice, peigne, mouchoirs, masque, bouchons d'oreilles
- Kit linge : drap de bain, serviette, tapis de bain
- Kit linge confort : peignoir, drap de bain, serviette, chaussons, tapis de bain
- Petit-déjeuner Gourmet\*
- Repas Gourmet\*
- Vin\* (25 cl)

20 € / jour  
12 € / jour  
10 € / séjour  
12 € / séjour  
35 € / séjour  
10 €  
30 € / repas  
5 €

\* Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin et adaptée à votre intervention.

\*\* La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ ;

- reconnais avoir pris connaissance de ce devis

- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie.

 Le : \_\_\_\_\_ Signature :

CLINIQUE   
SAINT JEAN DE DIEU

### À apporter le jour de votre entrée, et pour chaque intervention

**À REMPLIR****Je soussigné(e),**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

Nature de l'intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

Chirurgien : Dr \_\_\_\_\_ Anesthésiste-réanimateur : Dr \_\_\_\_\_

### Consentement préalable à l'examen ou l'intervention chirurgicale

**Atteste avoir été informé(e) clairement (par oral et/ou par écrit) :**

- De la nature de l'intervention ou de l'examen prévu, et la(les) technique(s) choisie(s)
- Des soins et des traitements péri-opératoires
- Des bénéfices et des risques du projet thérapeutique
- Du risque de survenue de complications, même exceptionnelles
- De la possibilité d'être exposé(e) aux rayonnements X si mon état de santé le nécessite

Certifie qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e). Donne mon consentement pour l'intervention prévue, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour. Accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

### Consentement préalable à l'acte anesthésique

**Atteste avoir lu l'information médicale sur l'anesthésie (SFAR) consultable dans le passeport adulte et certifie avoir été informé(e) clairement (par oral et/ou par écrit) :**

- De l'anesthésie prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) et des instructions pré-opératoires
- Des différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles

Certifie qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e).

Donne mon consentement pour l'anesthésie prévue. Accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin, ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

### Intervention en ambulatoire

**Atteste avoir été informé(e) des consignes spécifiques :**

Sera accompagné(e) pour la sortie et la nuit suivant l'intervention par : M. / Mme \_\_\_\_\_

Prends acte du fait que les infirmiers(ères) pourront me téléphoner le lendemain de ma prise en charge pour prendre de mes nouvelles.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

### Information sur les honoraires

Certifie avoir été informé(e) clairement par écrit des honoraires et éventuels compléments d'honoraires des praticiens.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

## Majeur sous tutelle (le cas échéant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), agissant en qualité de tuteur(trice) du patient identifié en haut de cette fiche, donne mon consentement pour l'intervention prévue, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour. J'accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention. Je donne mon consentement à l'anesthésie, à une transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin, ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

## Personne à prévenir

C'est une personne qui peut être contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement...). Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

### Je soussigné(e),

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Cette personne, légalement capable, est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

## Personne de confiance

C'est une personne qui peut avoir un rôle majeur dans les décisions médicales vous concernant dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Elle sera consultée et recevra les informations nécessaires à cette fin. Cette personne n'a pas accès à votre dossier médical, seulement sur procuration de votre part. Elle n'est pas obligatoire mais cela est recommandé notamment lorsque l'équipe médicale est amenée à prendre des décisions importantes concernant votre état : choix d'une prise en charge particulière, limitations ou arrêts des traitements curatifs, application des directives anticipées... L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté et non la sienne. C'est pourquoi ce choix est important.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. Toutefois, pendant votre séjour, vous pourrez en désigner une en remplissant cette fiche disponible auprès des infirmiers(ères).

Je souhaite désigner une personne de confiance et je m'engage à l'informer qu'elle le sera pour toute la durée de mon hospitalisation\* et que son identité et ses coordonnées figureront dans mon dossier médical :

### Je soussigné(e),

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\* Je peux modifier cette désignation à tout moment en remplissant la fiche de révocation disponible auprès des infirmiers(ères).

## Directives anticipées

Si vous êtes majeur(e) vous pouvez indiquer vos souhaits concernant les conditions de la limitation ou arrêt de traitement(s) en cours, et les conditions de la conservation de ces données. Vos directives ne sont prises en compte que lorsque vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté. Leur durée de validité est de 3 ans, renouvelable par décision signée. La modification ou révocation sont possibles à tout moment. Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, retirez le formulaire auprès des infirmiers(ères).



Le : \_\_\_\_\_ Signature :

**À signer recto-verso par les deux titulaires de l'autorité parentale\***  
**et à apporter, au plus tard, le jour de l'entrée**  
*à prévoir pour chaque intervention*



### ATTENTION !

Si vous ne pouvez pas fournir les documents demandés, l'intervention sera reportée.

#### N'oubliez pas :

- le livret de famille ou acte de naissance complet
- les cartes d'identité des deux titulaires de l'autorité parentale (ou passeports ou cartes de séjour) ou le cas échéant, la décision judiciaire concernant la détention de l'autorité parentale
- les effets personnels de l'enfant : doudou propre, jeux, livres, biberons particuliers, laits particuliers, couches...

### AUTORISATION D'OPÉRER

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

Nature de l'intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et donne l'autorisation de l'opérer et de l'anesthésier.

À REMPLIR

### ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour son entrée ;
- autorise M./Mme \_\_\_\_\_ à l'accompagner le jour de son entrée.

Cette personne devra impérativement présenter sa pièce d'identité lors de l'accueil de l'enfant.

À REMPLIR

### ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour sa sortie ;
- autorise M./Mme \_\_\_\_\_ à l'accompagner le jour de sa sortie.

Cette personne devra impérativement présenter sa pièce d'identité lors de la sortie de l'enfant.

À REMPLIR

#### PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

#### MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

#### TUTEUR.TRICE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'EXAMEN OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Je soussigné.e, \_\_\_\_\_, certifie être le représentant légal du patient nommé ci-dessus et certifie :**

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de la nature de l'intervention ou de l'examen, de la (des) technique(s) choisie(s), des soins et des traitements péri-opératoires, des bénéfices et des risques du projet thérapeutique, du risque de survenue de complications même exceptionnelles ;
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e) ; donner mon consentement pour l'intervention prévue pour le patient désigné ci-dessus, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour ;
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention ;
- accepter la possibilité que le patient désigné ci-dessus soit exposé(e) au rayonnement X si son état de santé le nécessite.

### PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### TUTEUR.TRICE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature du représentant légal :

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'ACTE ANESTHÉSIQUE

**Je soussigné.e, \_\_\_\_\_, certifie être le représentant légal du patient nommé ci-dessus et certifie :**

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de l'anesthésie prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) et des instructions préopératoires. Les différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été expliquées et j'atteste avoir lu l'information médicale sur l'anesthésie (SFAR) consultable dans le passeport adulte ;
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e) ; donner mon consentement pour l'anesthésie prévue pour le patient désigné ci-dessus ;
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins, jugées indispensables par le médecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.

### PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

### TUTEUR.TRICE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature du représentant légal :

## INFORMATION SUR LES HONORAIRES

Certifie avoir été informé.e clairement par écrit des honoraires et éventuels compléments d'honoraires des praticiens.

Le : \_\_\_\_\_ Signature :

# NOUS CONTACTER

[www.clinique-stjeandedieu.com](http://www.clinique-stjeandedieu.com)



## Clinique Saint Jean de Dieu

2 rue Rousselet - Paris 7e

- ▶ **Prise de RDV :**  
[www.clinique-stjeandedieu.com](http://www.clinique-stjeandedieu.com)
- ▶ **Standard :**  
01 40 61 11 00
- ▶ **Consultations :**  
[consultation@cliniquestjeandedieu.com](mailto:consultation@cliniquestjeandedieu.com)  
01 40 61 11 22
- ▶ **Chimiothérapie : 01 40 61 46 70**

## Centre d'imagerie Oudinot

21 rue Oudinot - Paris 7e

- ▶ **Prise de RDV :**  
[www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr) (Oudinot)  
[www.mammo.fr](http://www.mammo.fr)
- ▶ **Radiologie – Mammographie – Échographie – EOS :**  
01 40 59 08 08  
IRM : 01 40 59 94 94  
Scanner : 01 40 33 15 15

### ▶ Des questions sur vos soins, votre état de santé :

Standard : 01 40 61 11 00 : 24 h/24 h – 7 j/7

### ▶ Sur votre dossier administratif ou vos frais clinique avant votre séjour :

Ambulatoire : [admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com](mailto:admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com) / 01 40 61 46 38 du lundi au vendredi 9H/16H

Hospitalisation complète : [admissions@clinique-stjeandedieu.com](mailto:admissions@clinique-stjeandedieu.com) / 01 40 61 11 39 du lundi au vendredi 9H/16H

### ▶ Sur la facturation de la clinique :

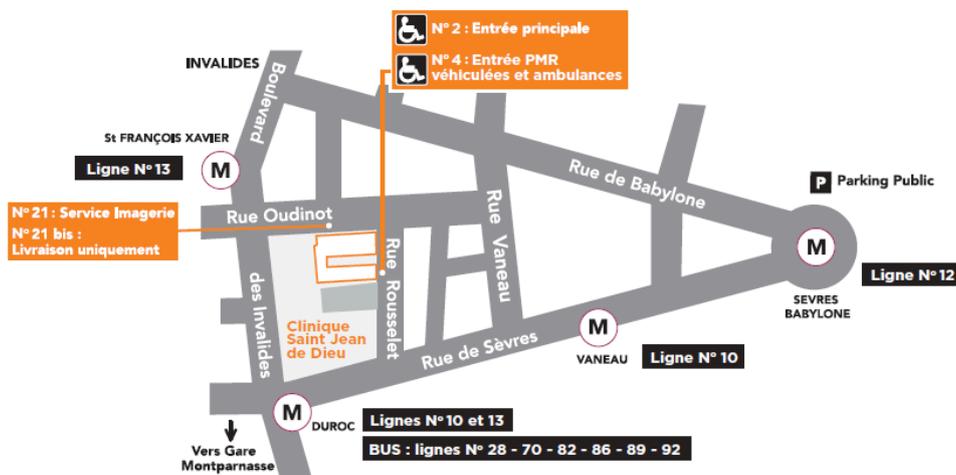
Service facturation :

[facturation.patients@clinique-stjeandedieu.com](mailto:facturation.patients@clinique-stjeandedieu.com)

01 40 61 11 01 : 14 h/16 h du lundi au vendredi

### ▶ Sur la facturation des honoraires des médecins :

Contactez leur secrétariat



#CLINIQUESAINTJEANDEDIEU