

L'EXCELLENCE DES SOINS,
l'hospitalité en plus

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION



CLINIQUE 
SAINT JEAN DE DIEU

À apporter pour votre consultation d'anesthésie

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Profession (même retraité(e)) : _____ Poids : _____ Taille : _____

Médecin traitant : Dr _____

Date de l'intervention : _____ Côté à opérer : _____

Nature de l'intervention : _____

Chirurgien : Dr _____ Anesthésiste - réanimateur : Dr _____

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) _____

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'hémophilie 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 : _____

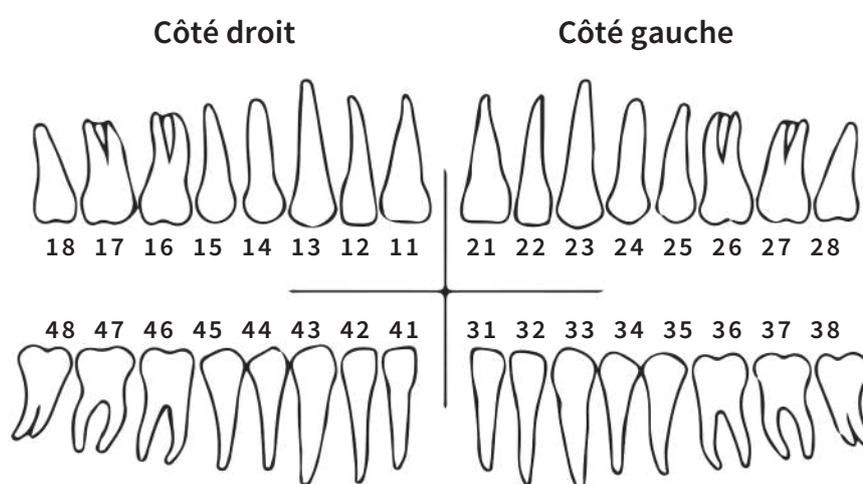
Grossesse ou retard de règles ? _____ OUI NON

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

IDENTITÉ PATIENT

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 : _____

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 NON

Otites 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 NON

A du mal à respirer ou lutte pour respirer ? _ OUI NON

Avez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de respirer pendant la nuit ? _____ OUI NON

Se réveille sans se sentir en forme (pas bien reposé) le matin ? _____ OUI NON

Tabagisme des parents ? _____ OUI NON

Maladies digestives et métaboliques - médecin spécialiste : Dr _____

Pathologies : _____

Problèmes de diabète ? ___ OUI NON Reflux gastrique ? _____ OUI NON Hormone de croissance ? _____ OUI NON

Douleurs abdominales ? ___ OUI NON Vomissements ? _____ 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 :

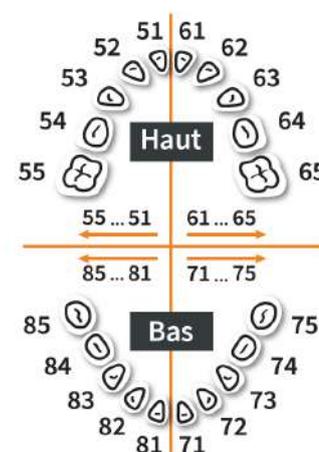
les dents abimées : _____

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 :

À faire signer à votre personne de confiance et à apporter le jour de la pré-admission

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Téléphone : _____ Adresse postale : _____

Adresse e-mail : _____

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse postale : _____

PERSONNE DE CONFIANCE

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Pendant votre séjour, vous pourrez modifier votre choix auprès des soignants.

Je souhaite désigner la personne à prévenir en tant que personne de confiance.

Je souhaite désigner une personne de confiance différente de celle à prévenir :

Pour plus
d'informations



Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Cette personne, légalement capable, est : un proche un membre de ma famille 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 informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment en remplissant la fiche de révocation disponible auprès de l'équipe soignante.

PATIENT

Le : _____ Signature : _____

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Le : _____ Signature : _____

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Patient majeur

À signer et à apporter le jour de la pré-admission

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Téléphone : _____ Adresse postale : _____

Adresse e-mail : _____

Je souhaite rédiger des directives anticipées Je ne souhaite pas rédiger des directives anticipées

PATIENT



Le : _____ Signature :

Pour plus
d'informations



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.

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

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

Le ____ / ____ / ____



Signature du patient (ou de son représentant légal) :

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€ 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
- ▶ 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€ 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)

Forfait réglementaire (EXONÉRATION : ALD - CSS - AME - Invalidité - Accident du travail ou maladie professionnelle)

Participation forfaitaire

24,00 €

+

Ambulatoire Court

Prestation classique : chambre partagée - collation gourmande adaptée* - WIFI

25,00 €

ou

Ambulatoire Long

Espace individuel : intimité - collation gourmande adaptée* - télévision - WIFI

75,00 €

Chambre Classique** : chambre particulière avec toilette privatif - accompagnant autorisé - collation gourmande adaptée* - télévision individuelle - WIFI (sous réserve de disponibilité)

100,00 €

* La collation gourmande vous sera servie 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 du patient (ou de son représentant légal) :

**Découvrir nos
prestations confort :**



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€ 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
- ▶ 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€ 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)

Forfait réglementaire (EXONÉRATION : ALD - CSS - AME - Invalidité - Accident du travail ou maladie professionnelle)

- Forfait journalier 20 € / jour
- Participation forfaitaire 24,00 €

Chambres individuelles

- Classique****
Coffre individuel, réfrigérateur, TV, téléphone, WIFI illimitée, petit-déjeuner Gourmet*, salle d'eau privative, shampoing, gel douche, kit linge **210 € / jour**
(dont jour de sortie)
- Supérieure****
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 **300 € / jour**
(dont jour de sortie)

Les accompagnants en chambre individuelle

- Lit accompagnant (petit-déjeuner inclus) **65 € / nuit**
- Lit accompagnant pour un enfant de -2 ans (petit-déjeuner inclus) **Pas de supplément**
- Fauteuil accompagnant pour un enfant de ≤12 ans **Pas de supplément**
- Repas menu Classique **12 € / repas**
- Repas menu Gourmet **30 € / repas**

Chambres doubles et accompagnants

- Chambre double **Pas de supplément**
- Fauteuil accompagnant pour un enfant de ≤12 ans **Pas de supplément**
- Petit-déjeuner accompagnant **10,00 €**
- Repas menu Classique **12 € / repas**
- Repas menu Gourmet **30 € / repas**

À la carte

- Forfait confort en chambre double : petit-déjeuner Gourmet* - TV - téléphone **20 € / jour**
- Offre multimédia : TV, ouverture de la ligne téléphonique **12 € / jour**
- Nécessaire bien-être : brosse à dent, dentifrice, peigne, mouchoirs, masque, bouchons d'oreilles **10 € / séjour**
- Kit linge : drap de bain, serviette, tapis de bain **12 € / séjour**
- Kit linge confort : peignoir, drap de bain, serviette, chaussons, tapis de bain **35 € / séjour**
- Petit-déjeuner Gourmet* **10 €**
- Repas Gourmet* **30 € / repas**
- Vin* (25 cl) **5 €**

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

** La chambre individuelle 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 du patient (ou de son représentant légal) :

FICHE D'ADMISSION

Patient Mineur

À signer par les deux titulaires de l'autorité parentale*
et à apporter le jour de la pré-admission

à prévoir pour chaque intervention



Rappel des pièces à fournir :

- ▶ Pièces d'identité des deux titulaires de l'autorité parentale
- ▶ Le cas échéant, la décision judiciaire concernant la détention de l'autorité parentale
- ▶ Pièce d'identité de l'enfant
- ▶ Livret de famille ou acte de naissance complet
- ▶ Carte vitale et justificatif d'exonération (ALD, CSS, AME)
- ▶ Carte de mutuelle (si hospitalisation)
- ▶ Formulaire 3 : Personne à prévenir et de confiance
- ▶ Formulaire 4 : Traitement de vos données personnelles
- ▶ Formulaire 5 : Frais clinique et prestations hôtelières
- ▶ Formulaire 6 : Admission mineur

*« Admission d'un mineur dans un établissement de santé », ministère de la Santé et des Sports, 15/09/2009

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Sexe : Féminin Masculin Date de l'intervention : _____
 Nature de l'intervention chirurgicale : _____
 Chirurgien : Dr _____ Anesthésiste-réanimateur : Dr _____

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.

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.

REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :



REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :



FICHE D'ADMISSION

Majeur protégé

Pour un dossier complet :

**À signer par le patient, tuteur ou curateur
et à apporter le jour de la pré-admission**

à prévoir pour chaque intervention

- ▶ **Ce formulaire d'admission signé**
- ▶ Carte d'identité / Passeport / Carte de séjour du patient
- ▶ Carte d'identité / Passeport / Carte de séjour du tuteur ou curateur
- ▶ La décision judiciaire concernant la mise sous tutelle ou curatelle

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin Date de l'intervention : _____

Nature de l'intervention chirurgicale : _____

Chirurgien : Dr _____ Anesthésiste-réanimateur : Dr _____

CADRE RÉSERVÉ AU PATIENT

- Je peux prendre mes propres décisions seul,**
et signe moi-même la fiche d'admission.



Signature :

CADRE RÉSERVÉ AU TUTEUR / CURATEUR

- Je suis le tuteur / curateur du patient,** et doit compléter et signer les informations ci-dessous.

ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE

Je certifie être le tuteur ou curateur du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que je l'accompagne 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 du patient.

ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Je certifie être le tuteur ou curateur du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que je l'accompagne 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 du patient.

TUTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____



Signature :

CURATEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____



Signature :

À signer et à apporter le jour de l'admission

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Au cours de la consultation du : _____ / _____ / _____

Le Docteur _____, m'a apporté les diverses explications liées à mon état de santé et à l'intervention envisagée et m'a remis un document d'information relatif à mon intervention.

Nature de l'intervention ou acte invasif : _____

prévue le : _____ / _____ / _____.

Le médecin m'a en particulier expliqué :

- Les raisons qui l'amènent à me proposer cette intervention,
- Les conséquences possibles d'une abstention thérapeutique,
- Les diverses alternatives thérapeutiques,
- Les bénéfices respectifs,
- Les inconvénients et les risques de chaque option.

Dans le cadre de cet entretien, j'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugé utiles et j'ai compris les réponses fournies. Je donne ainsi mon accord pour que cette intervention soit réalisée selon les modalités envisagées. Au cas où les circonstances l'exigeraient, j'accepte par anticipation les modifications de technique opératoire qui s'avèreraient nécessaires lors de cet acte.

J'accepte la présence d'un autre opérateur accrédité si les circonstances cliniques ou techniques l'exigeaient.

J'autorise également les prélèvements nécessaires pour les divers examens de laboratoire.

Certaines interventions peuvent nécessiter l'utilisation de rayons X. Le praticien m'a informé que leur utilisation était envisagée dans mon cas. Des effets secondaires cutanés dus aux rayonnements sont très improbables mais restent possibles. Par mesure de sécurité, en cas d'examen radioscopique exceptionnellement prolongé, une surveillance de l'apparition d'effets cutanés sera mise en place.

PATIENT OU LE (S) DÉTENTEURS DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :



À signer et à apporter le jour de l'admission

IDENTITÉ PATIENT

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

Au cours de la consultation d'anesthésie du : _____ / _____ / _____

Le Docteur _____, médecin anesthésiste-réanimateur, m'a remis un document d'information générale sur l'anesthésie en vue de mon intervention (Formulaire 9 : Information médicale sur l'anesthésie).

Il m'a, par ailleurs, apporté les explications complémentaires concernant mon cas personnel.

PATIENT OU LE (S) DÉTENTEURS DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :



Nom : _____

Prénom : _____

Le : _____

Signature :





Clinique Saint Jean de Dieu

2 rue Rousselet - 75007 Paris

► **Prise de RDV :**

www.clinique-stjeandedieu.com

► **Standard :**

01 40 61 11 00 - 24 h/24 h - 7 j/7

Centre d'imagerie Oudinot

21 rue Oudinot - 75007 Paris

► **Prise de RDV :**

www.doctolib.fr (Oudinot) | www.mammo.fr

► **Radiologie - Mammographie - Échographie - EOS :**

Standard : 01 40 59 08 08

IRM : 01 40 59 94 94

Scanner : 01 40 33 15 15

Vous avez des questions ou besoins ?

► **État de santé ou soins :**

Standard : 01 40 61 11 00

24 h/24 h - 7 j/7

► **Psychologue :**

psychologue@clinique-stjeandedieu.com

01 40 61 46 70

► **Soins de support en oncologie :**

c.arnauld@clinique-stjeandedieu.com

07 63 98 16 08

► **Facturation de la clinique :**

facturation.patients@clinique-stjeandedieu.com

01 40 61 11 01

► **Dossier administratif :**

Ambulatoire : admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com | 01 40 61 46 38

Hospitalisation complète : admissions@clinique-stjeandedieu.com | 01 40 61 11 39

► **Oncologie :**

secretaire-chimio@clinique-stjeandedieu.com

01 40 61 46 70

► **Assistante sociale :**

assistantesociale@clinique-stjeandedieu.com

01 40 61 46 78 / 07 64 00 74 06

► **Consultations :**

consultation@clinique-stjeandedieu.com

01 40 61 11 22

► **Facturation des honoraires des médecins :**

Contactez leur secrétariat

