Questionnaire
DE PRÉ-ANESTHÉSIE

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

CABINET D'ANESTHÉSIE
CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC

2 RUE JACQUES MONOD
81000 ALBI
05 63 48 46 98

MERCI DE COMPLÉTER CE DOCUMENT RECTO / VERSO ET DE LE RAMENER IMPÉRATIVEMENT LORS DE VOTRE CONSULTATION DE PRÉ-ANESTHÉSIE.

Votre intervention dans notre établissement nécessite une anesthésie. À cet effet, vous devez réaliser une consultation de pré-anesthésie obligatoire, au plus tard 48 heures avant votre intervention. Pour cela, prenez rendez-vous avec le Cabinet d'Anesthésie de la Clinique Toulouse Lautrec au 05 63 48 46 98. Vous devez prendre rendez-vous pour votre consultation de pré-anesthésie dès le moment où vous aurez connaissance de la date de votre intervention. À la suite de votre consultation de pré-anesthésie, nous vous remercions de vous rendre aux bureaux des entrées / sorties afin de réaliser votre pré-admission obligatoire.

Pour votre consultation de pré-anesthésie, vous devez impérativement vous munir des documents suivants :

- les ordonnances de vos traitements en cours (obligatoire)
- les comptes rendus de consultation cardiologique
- les comptes rendus de consultation d'autres spécialistes
- les résultats de vos bilans sanguins récents
- ce questionnaire de pré-anesthésie complété
- une pièce d'identité
- votre carte vitale
- votre attestation de droits à jour
- un titre de paiement

ÉTIQUETTE PATIENT

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Sexe : .....
Profession : .....
Tel : .....
Mail : .....
Adresse : .....
.....

VOTRE INTERVENTION

Date de votre intervention : .....
Nom de votre chirurgien :
.....
Nom de votre médecin traitant :
.....

QUESTIONNAIRE COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

TAILLE : **POIDS :**	**OUI**	**NON**
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, précisez lesquels (nom, posologie, heure de prise ...) Merci de fournir l'ordonnance (obligatoire pour la consultation) • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... •	○	○
Faites-vous des allergies ? Si oui, précisez lesquelles : ○ Médicaments ○ Latex ○ Autres (aliments, pollens, eczéma, urticaire, rhume des foins, soja, ...) à préciser :	○	○
Avez-vous déjà été anesthésié ? Si oui, précisez les interventions :	○	○
Y a-t-il eu des complications lors de ces anesthésies ? Si oui, précisez lesquelles : ○ Nausées ○ Agitation ○ Allergie ○ Retard de réveil ○ Intubation difficile ○ Autres, à préciser :	○	○
Avez-vous déjà été transfusé ?	○	○
En cas de transfusion ou d'accident d'exposition au sang, autorisez-vous vos médecins à effectuer un bilan sérologique pour un dépistage des maladies contagieuses (VIH, hépatite B, C) ?	○	○
Fumez-vous ? Si oui, précisez le nombre de cigarettes par jour : ..... Depuis combien de temps :	○	○
Buvez-vous de l'alcool tous les jours ? Si oui, précisez le nombre de verres par jour :	○	○
Souffrez-vous d'une maladie cardiovasculaire ? Si oui, précisez : ○ Hypertension ○ Palpitation/arythmie ○ Angine de poitrine/infarctus ○ Artérite ○ Problèmes vasculaires Autres :	○	○

QUESTIONNAIRE COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

	OUI	NON
Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ? ○ Médiocre (toilette, repas, déambulation maison) ○ Faible (faire ses courses, marche de moins de 3km, jardin) ○ Bonne (marche rapide, sport occasionnel) ○ Très bonne (sportif entrainé)	○	○
Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire ou bronchique ? Si oui, précisez : ○ Asthme ○ Apnée du sommeil ○ Appareillage ○ BPCO ○ Emphysème ○ Insuffisance respiratoire Autres :	○	○
Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ? Si oui, précisez : ○ Phlébite ○ Embolie pulmonaire ○ Accident vasculaire cérébral ○ AIT Autres :	○	○
Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ? Si oui, précisez : ○ Saignements de nez ○ Règles abondantes ○ Hématomes spontanés ○ Saignements de gencives ○ Thrombopénie ○ Hémorragie post-opératoire Autres :	○	○
Avez-vous des problèmes neurologiques ? Si oui, précisez : ○ Épilepsie ○ Parkinson ○ Troubles de mémoires ○ Migraines ○ Dépression, anxiété Autres :	○	○
Avez-vous des problèmes endocrinologiques ? Si oui, précisez : ○ Diabète ○ Troubles thyroïdiens ○ Hypercholestérolémie Autres :	○	○

QUESTIONNAIRE COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

	OUI	NON
Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ? Si oui, précisez : ○ Prostate ○ Infections urinaires ○ Insuffisance rénale	○	○
Avez-vous des problèmes digestifs ? Si oui, précisez : ○ Reflux gastrique/gastrite ○ Ulcère ○ Cirrhose/Hépatite ○ Crohn/RCH Autres :	○	○
Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ? Si oui, précisez : ○ Glaucome ○ DMLA Autres :	○	○
Avez-vous des problèmes dentaires ? Si oui, précisez : ○ Pivot ○ Bridge ○ Implant ○ Prothèses dentaires amovibles Autres :	○	○
Présentez-vous une possibilité de grossesse ?	○	○
Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?	○	○

Consentement éclairé
D'ANESTHÉSIE

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

CABINET D'ANESTHÉSIE
CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC

2 RUE JACQUES MONOD
81000 ALBI
05 63 48 46 98

JE SOUSSIGNÉ(E)

○ Monsieur
○ Madame

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

ÉTIQUETTE PATIENT

Je reconnais que la nature de l'examen ou de l'intervention, la technique anesthésique liée à cet acte, ainsi que ses risques et ses avantages, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris et qu'il m'a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

FAIT LE :
À :
SIGNATURE(S) :

Consentement éclairé

D'ANESTHÉSIE POUR PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER

CABINET D'ANESTHÉSIE
CLINIQUE TOULOUSE LAUTREC

2 RUE JACQUES MONOD
81000 ALBI
05 63 48 46 98

JE SOUSSIGNÉ(E)

MADAME (MÈRE/TUTRICE[1])

_____

ET

MONSIEUR (PÈRE/TUTEUR[1])

_____

Représentants légaux du patient ***(Nom, nom de naissance et prénom)***

_____

_____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

ÉTIQUETTE PATIENT

Reconnaissent avoir reçu au cours de la consultation de la part de l'anesthésiste toutes informations souhaitées simples et intelligibles concernant les techniques de l'anesthésie.

Donnent notre consentement pour la réalisation du ou des actes d'anesthésie nécessaires dans le cadre de son hospitalisation.

FAIT À ALBI,
LE :

SIGNATURE DE LA MÈRE/TUTRICE[1] :

SIGNATURE DU PÈRE/TUTEUR[1] :

(1) : rayer la mention inutile.

Formulaire

ENGAGEMENT HÔTELIER

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

ÉTIQUETTE PATIENT

INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Date d'entrée : .....

Type d'intervention

○ **Hospitalisation complète**

○ **Ambulatoire**

ACCIDENT DE TRAVAIL

○ **Mon Hospitalisation est liée à un accident du travail déclaré le :** ..... / ..... / .....

○ **Mon Hospitalisation n'est pas liée à un accident du travail déclaré.**

TRANSPORTS EN AMBULANCE/VSL

Si une prescription de transport m'a été remise par le médecin, dans le cadre du respect du libre choix, et à défaut de demande expresse écrite de ma part, j'autorise la Clinique Toulouse Lautrec à choisir et faire appel à un organisme de transport agrée :

○ oui ○ non

Cette rubrique ne concerne pas les patients hospitalisés en ophtalmologie.

ACCOMPAGNANT

Si vous le souhaitez, et si vous disposez d'une chambre particulière, vous pouvez être accompagné(e) durant votre séjour. Pour cela, merci d'en faire la demande le jour même auprès de l'accueil entre 7h30 et 16h.
Lit accompagnant avec petit déjeuner : 20 €

ENGAGEMENT CHAMBRE PARTICULIÈRE

○ **Oui, je souhaite bénéficier d'une chambre particulière**

Tarif de la chambre particulière **en ambulatoire** : 80 €/jour

En hospitalisation complète, merci de choisir parmi les possibilités suivantes :

○ **SOLO – 75 €**
Chambre particulière (douches communes)

○ **SOLO CONFORT – 85 €**
Chambre particulière (douches communes), ouverture d'une ligne téléphonique, télévision, trousse bien-être

○ **SOLO CONFORT PLUS – 95 €**
Chambre particulière avec douche privative, ouverture d'une ligne téléphonique, télévision, trousse bien-être, presse (La Dépêche)

Nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée.

○ **Non, je ne souhaite pas bénéficier d'une chambre particulière**

Vous avez la possibilité d'annuler votre réservation de chambre particulière en contactant le 05 63 48 47 30 jusqu'à 2 jours avant votre intervention. Dans le cas contraire, elle vous sera facturée.

○ Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge. Les frais relatifs aux chambres particulières ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

À ALBI, LE :
SIGNATURE :

Attestation

DE PRISE DE CONNAISSANCE ET DE DÉLIVRANCE D'INFORMATIONS

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER

J'atteste avoir bien pris connaissance de l'ensemble des informations et explications transmises dans mon passeport patient et dans le livret d'accueil qui m'ont été remis, notamment :

- J'atteste avoir été informé(e) de l'existence des Représentants des Usagers, de leur rôle et de la possibilité d'accéder à leurs coordonnées disponibles sur le site internet de l'établissement, ou sur simple demande auprès du personnel de l'établissement.
- J'atteste avoir été informé(e) des modalités de recueil de mon expérience et de ma satisfaction par le biais du dispositif national E-SATIS, et de la possibilité de faire part de mes réclamations, plaintes, remarques et / ou suggestions, de manière écrite à l'attention de la Direction de l'établissement, ou de manière orale auprès de tout professionnel.
- J'atteste avoir été informé(e) de mon droit à rédiger mes directive anticipées, ou à communiquer mes directives anticipées déjà rédigées.
- J'atteste avoir été informé(e) du fait qu'en cas d'événement sanitaire indésirable lié à mon séjour, ayant causé ou ayant pu causer un impact négatif sur ma santé et que je suspecte d'être lié à un produit de santé ou à un acte de soin (utilisation d'un médicament, d'un dispositif médical, ...), je suis encouragé(e) à le déclarer sur le site signalement-sante.gouv.fr.
- J'atteste avoir été informé(e), ainsi que mon entourage, de l'importance et des bonnes pratiques d'hygiène des mains afin d'assurer la sécurité de ma prise en charge, mais également celle des autres patients et des professionnels qui me prennent en charge.

PRÉVENTION DU RISQUE INCENDIE ET TABAGISME

En entrant dans l'établissement, vous vous engagez au respect de la législation en vigueur concernant la prévention du risque incendie, et particulièrement l'interdiction de fumer dans les établissements recevant du public, notamment les établissements de santé. **Nous vous rappelons qu'il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble de la Clinique et notamment dans les chambres.**

ÉTIQUETTE PATIENT

BIENS PERSONNELS ET DE VALEURS

Pour votre séjour, veillez à ne prendre que le strict nécessaire à votre prise en charge. Nous vous recommandons de ne prendre avec vous aucun objet de valeur, et vous rappelons que l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Je reconnais avoir été informé(e) que je ne saurais tenir pour responsable l'établissement en cas de perte / disparition de biens de valeurs (bijoux, espèces...) et / ou d'objets personnels (prothèses auditives, prothèses dentaires, lunettes...) au cours de mon séjour. **Je reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de déposer mes biens personnels dans le coffre de l'établissement. Je reconnais que si je conservais des biens de valeurs ou objets personnels en chambre, ma seule responsabilité serait engagée, sans recours possible auprès de l'établissement.**

TRANSPORT EN AMBULANCE

Si une prescription de transport m'a été remise par le médecin, dans le cadre du respect du libre choix, et à défaut de demande expresse écrite de ma part, j'autorise la Clinique Toulouse Lautrec à choisir et à faire appel à un organisme de transport agréé :

○ **Oui** ○ **Non**

PRÉNOM :
NOM :
FAIT À :
LE :
SIGNATURE :

Informations et recueil

DE CONSENTEMENT SUR LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge dans notre établissement, nous serons amenés à traiter des informations médicales et administratives à caractère personnel vous concernant. L'accès à vos données personnelles est strictement limité à votre prise en charge dans notre établissement et concerne notamment vos documents administratifs, vos documents médicaux et paramédicaux, ainsi que la collecte d'informations dans le cadre du recueil de votre avis et de votre satisfaction.

Sauf opposition de votre part, ces informations personnelles vous concernant seront conservées et enregistrées dans un fichier informatisé et/ou papier sécurisé, dans le strict respect des textes applicables en la matière conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018). Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire (garantir la sécurité de votre prise en charge, vous contacter en cas de besoin, améliorer la qualité de nos services et de nos prestations, réaliser des études statistiques, ...).

Sauf obligation légale ou réglementaire, vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder :

- 20 ans, en ce qui concerne les informations de votre dossier médical, à partir du dernier passage dans l'établissement, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-7 du Code de la santé publique,
- 10 ans à partir de la date de décès, en ce qui concerne les informations relatives au dossier médical en cas de décès du patient intervenant moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement,
- 30 ans, concernant les actes transfusionnels pratiqués et éventuellement la copie de la fiche d'incident transfusionnel, le délai commençant à courir à partir de la date de réalisation de l'acte.

Un recueil d'information peut également être réalisé dans le cadre de l'analyse des pratiques ou des activités de soins ou de prévention réalisées par l'établissement, avec une durée proportionnelle à la finalité déclarée, conservée le temps de l'étude et supprimée dès que l'étude est terminée, conformément à l'alinéa 5° de l'article 4 de la loi n°78-17, chapitre X de la loi Informatique et Libertés modifiée.

Pendant cette période, nous mettons en place tous les moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, leur effacement ou leur accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à un usage interne et, le cas échéant, à nos sous-traitants. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, ...).

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer vos droits en contactant notre Délégué à la Protection des Données (DPO)* :

- par voie électronique : dpo@groupeclinipole.fr
- par courrier postal à l'adresse suivante :
  Le Délégué à la Protection des Données
  Groupe Clinipole
  55 rue Euclide
  34000 MONTPELLIER

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou vous rendre sur le site de la CNIL (www.cnil.fr).

**En cas de doute sur votre identité, il peut vous être demandé de produire un justificatif d'identité valide.*

PRÉNOM :
NOM :
FAIT À :
LE :
SIGNATURE :

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

ÉTIQUETTE PATIENT

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, vous pouvez, si vous le souhaitez et si vous êtes majeur, désigner une « personne de confiance ». La personne de confiance que vous désignez représente l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé tout au long de votre prise en charge.

Elle est tenue de respecter la confidentialité des informations qui lui seront transmises vous concernant, et peut, selon vos souhaits :

- partager le secret médical des informations vous concernant,
- assister à vos côtés aux entretiens médicaux,
- vous accompagner dans vos démarches et dans vos prises de décisions,
- être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas exprimer votre volonté,
- être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas recevoir une information.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure. Elle peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. **Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de lui faire signer ce formulaire.** Cette désignation est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible sur demande dans votre service de soins ou à l'accueil de l'établissement.

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE : À :

SIGNATURE :

- ○ **Souhaite désigner une personne de confiance**
- ○ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Mail : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

La personne de confiance que j'ai désignée est :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Cette personne est :

○ **un membre de ma famille** ○ **un proche**

○ **mon médecin traitant**

○ J'autorise l'établissement à communiquer à la personne de confiance que j'ai désignée des informations sur mon état de santé et sur ma prise en charge via l'application E-Medicom.

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE : À :

SIGNATURE :

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE À PRÉVENIR

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

Toute personne peut désigner une ou des « personne(s) à prévenir » pour son hospitalisation. La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas de besoin ou d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, qu'il soit d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement, ...).

La personne à prévenir n'a pas accès à votre dossier ni aux informations médicales vous concernant, sauf autorisation de votre part, et ne participe pas aux décisions médicales. Vous pouvez, au cours de votre hospitalisation ou à la fin de celle-ci, demander à changer de personne(s) à prévenir à l'aide du formulaire dédié disponible dans votre service de soins.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE À PRÉVENIR ?

La personne à prévenir n'est pas forcément la personne de confiance. Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions. La personne à prévenir doit être majeure, et peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie, de vous assurer de son accord et d'obtenir sa signature.

La désignation de la personne à prévenir est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible dans votre service de soins.

ÉTIQUETTE PATIENT

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE À PRÉVENIR ?

- ○ **Je souhaite que ma personne de confiance soit également ma personne à prévenir**
- ○ **Je ne souhaite pas désigner de personne à prévenir**
- ○ **Je souhaite désigner une personne à prévenir différente de ma personne de confiance**

La personne à prévenir que j'ai désignée est :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Cette personne est :

- ○ **un membre de ma famille**
- ○ **un proche**
- ○ **mon médecin traitant**

Autorisation

D'INTERVENTION CHIRURGICALE / D'EXAMEN POUR PATIENT MAJEUR PROTÉGÉ

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

ÉTIQUETTE PATIENT

IDENTITÉ DU MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Date de l'intervention : ..... / ..... / .....

Motif : .....

.....

.....

.....

.....

ATTESTATION D'AUTORISATION DU TUTEUR LÉGAL

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Autorise l'équipe médicale / chirurgicale de la Clinique Toulouse Lautrec à réaliser l'intervention / l'examen prévu(e) sur la personne sous tutelle identifiée, et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris les types d'anesthésie utiles à l'intervention.

Reconnais avoir reçu, de la part des médecins, l'ensemble des informations relatives à l'acte chirurgical / à l'examen et au type d'anesthésie, notamment l'information sur les bénéfices et les risques associés.

UNE PHOTOCOPIE DU JUGEMENT DE MISE SOUS TUTELLE ET UNE PIÈCE D'IDENTITÉ DU TUTEUR DOIVENT OBLIGATOIREMENT ÊTRE TRANSMISES LORS DE LA PRÉ-ADMISSION.

SIGNATURE DU TUTEUR

FAIT LE : À :

SIGNATURE :

Autorisation

D'INTERVENTION CHIRURGICALE / D'EXAMEN POUR PATIENT MINEUR

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER

ÉTIQUETTE PATIENT

IDENTITÉ DU MINEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Date de l'intervention : ..... / ..... / .....

Motif : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Une copie du livret de famille, une copie des cartes d'identité des parents / des titulaires de l'autorité parentale et la carte d'identité du mineur doivent obligatoirement être transmises lors de la pré-admission.

En l'absence de signature de cette autorisation par les deux parents / titulaires de l'autorité parentale le matin de l'intervention ou si les documents demandés ne sont pas mis à disposition, celle-ci sera annulée (hors cas d'urgence).

DANS LE CAS OÙ UN SEUL PARENT EST TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, IL VOUS SERA DEMANDÉ DE FOURNIR LA COPIE DU JUGEMENT ET VOTRE LIVRET DE FAMILLE.

ATTESTATION D'AUTORISATION DES TUTEURS LÉGAUX

Identité parent / Tuteur légal n°1 :

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Identité du parent / Tuteur légal n°2 :

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Attestent autoriser l'équipe médicale / chirurgicale de la Clinique Toulouse Lautrec à réaliser l'intervention / l'examen prévu(e) sur la personne mineure identifiée, et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris les types d'anesthésie utiles à l'intervention.

Attestent avoir reçu, de la part des médecins, l'ensemble des informations relatives à l'acte chirurgical / à l'examen et au type d'anesthésie, notamment l'information sur les bénéfices et les risques associés.

SIGNATURES DES PARENTS / TUTEURS LÉGAUX

FAIT LE :
À :

SIGNATURE PARENT / TUTEUR LÉGAL N°1 :

SIGNATURE PARENT / TUTEUR LÉGAL N°2 :

Formulaire

INFORMATION ET RECUEIL DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES

CLINIQUE Toulouse Lautrec

→ À COMPLÉTER AU VERSO

ÉTIQUETTE PATIENT

Vous pouvez rédiger vos directives anticipées quel que soit votre âge et votre état de santé.

QUE SONT LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses « directives anticipées » afin de préciser ses souhaits relatifs à sa fin de vie, dans le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

Les personnes majeures sous tutelle peuvent également rédiger leurs directives anticipées, avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il existe.

RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES EST UNE POSSIBILITÉ QUI VOUS EST OFFERTE, MAIS NE CONSTITUE PAS UNE OBLIGATION.

POURQUOI RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Les directives anticipées expriment par écrit vos volontés relatives à votre fin de vie et permettent aux médecins de connaître vos souhaits concernant les conditions de poursuite, de limitation, d'arrêt ou de refus de traitement ou d'actes médicaux.

Votre médecin, de même que tout autre professionnel de santé, devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, dans le cas où vous ne seriez plus en état de le faire. Il pourra passer outre vos directives anticipées que dans des cas exceptionnels prévus par la loi.

QUAND POUVEZ-VOUS RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Que vous soyez en bonne santé, malade ou en fin de vie, vous pouvez rédiger vos directives anticipées à n'importe quel moment de votre vie. Vos directives anticipées sont valables sans limite de temps, et peuvent à tout moment être modifiées ou annulées. En présence de plusieurs documents attestant de directives anticipées divergentes, le document le plus récent fera foi.

COMMENT RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous pouvez écrire vos directives anticipées sur ce formulaire, ou sur un simple papier que vous devrez dater et signer. Si vous rédigez vous-même vos directives anticipées, vous n'avez pas besoin de témoin.

CEPENDANT, SI VOUS NE POUVEZ PAS ÉCRIRE OU SIGNER VOUS-MÊME VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES, VOUS POUVEZ FAIRE APPEL À DEUX TÉMOINS QUI ATTESTERONT QUE LE DOCUMENT RÉDIGÉ EXPRIME BIEN VOTRE VOLONTÉ.

QUE FAIRE DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES UNE FOIS RÉDIGÉES ?

Dans le cas où vous seriez hospitalisé(e) dans notre établissement, vous pouvez confier une copie de vos directives anticipées au personnel du service de soins, qui les conservera précieusement dans votre dossier médical.

Vous pouvez également confier vos directives anticipées à la personne de confiance que vous avez désignée, à un membre de votre famille, à un proche, ou encore à votre médecin, qui les conservera dans le dossier constitué à votre nom. Enfin, vous pouvez les conserver chez vous et garder sur vous une indication du lieu où elles se trouvent.

RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Pour que vos directives anticipées soient prises en compte, rendez-les accessibles en répondant aux questions ci-dessous :

○ J'ai déjà rédigé mes directives anticipées, que j'ai transmises :

o À mon médecin traitant, le Docteur :

.....

o À ma personne de confiance (cf. formulaire)

.....

o Autre, à préciser :

.....

.....

○ Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées. Je suis cependant informé(e) que je peux le faire à n'importe quel moment de ma prise en charge.

○ Je n'ai pas encore de directives anticipées mais je souhaite exprimer ma volonté ci-dessous.

Je rédige les présentes directives anticipées dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes volontés. Mes volontés sont les suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Sexe : ○ F ○ M

Adresse Postale : .....

.....

.....

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

Votre préparation

PRÉ-OPÉRATOIRE / PRÉ-EXAMEN

CLINIQUE Toulouse Lautrec

VOTRE DÉPILATION DE LA ZONE À OPÉRER

La dépilation de la zone à opérer doit être réalisée uniquement à la demande de votre praticien.

Elle se pratique la veille au soir de votre intervention.
Pour la réaliser, vous pouvez utiliser soit :

- une tondeuse avec tête à usage unique
- une crème dépilatoire
- de la cire épilatoire

VOUS NE DEVEZ EN AUCUN CAS UTILISER DE RASOIR, AFIN DE NE PAS FAVORISER LES RISQUES D'INFECTION.

Si vous choisissez d'utiliser une crème dépilatoire, vous devez réaliser un test d'allergie 48h avant de procéder à votre dépilation.
Ce test est pratiqué en déposant une noisette du produit dans un endroit autre que celui qui va être opéré (par exemple le bras gauche, si vous devez être opéré du poignet droit).
Si vous ne constatez aucune réaction allergique, vous pouvez pratiquer la dépilation de la zone à opérer, la veille de votre intervention.

EN CAS D'ALLERGIE (PRÉSENCE DE ROUGEURS, DE BOUTONS OU DE DÉMANGEAISONS) OU D'INTOLÉRANCE NOUVELLE OU CONNUE À CES PRODUITS, PRÉVENEZ VOTRE PRATICIEN.

VOTRE DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE / PRÉ-EXAMEN

Effectuée avec un savon liquide, la douche pré-opératoire / pré-examen sert à éliminer une grande partie des microbes présents sur votre peau permettant de limiter les infections de la plaie lors de l'intervention chirurgicale.

QUAND RÉALISER VOS DOUCHES PRÉ-OPÉRATOIRE / PRÉ-EXAMEN ?

À votre domicile :

- La veille au soir de votre intervention / examen
- Juste avant votre venue, au plus proche de votre intervention / examen

LA BONNE RÉALISATION DE VOTRE DOUCHE EST UNE CONDITION NÉCESSAIRE DESTINÉE À AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS.

VOTRE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

L'hygiène bucco-dentaire participe également à la prévention des infections post-opératoires. Brossez-vous les dents le jour de votre intervention.

VOTRE JEÛNE PRÉ-OPÉRATOIRE / PRÉ-EXAMEN

SUIVRE LES CONSIGNES DU CHIRURGIEN ET DE L'ANESTHÉSISTE.

COMMENT RÉALISER VOTRE DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE / PRÉ-EXAMEN

NE PAS UTILISER DE GANT DE TOILETTE. UTILISER UN SAVON DOUX LIQUIDE ET UNE LOTION CUTANÉE DÉSINFECTANTE.

1. Retirez votre vernis, coupez vos ongles et nettoyez-les soigneusement
2. Mouillez-vous le corps et les cheveux
3. Nettoyez votre visage et votre cou, en insistant derrière les oreilles
4. Appliquez du shampoing sur vos cheveux et faites mousser
5. Appliquez du savon sur votre corps et faites mousser, en commençant par le haut du corps
6. Insistez sur vos aisselles, vos organes génitaux, vos plis de l'aine et vos pieds

- Séchez-vous avec une serviette propre
- Enfilez des vêtements propres
- Ne vous maquillez pas
- Retirez vos bijoux, piercings et autres accessoires

VOTRE HYGIÈNE DES MAINS

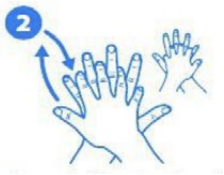
Afin d'assurer la sécurité de votre prise en charge ainsi que celle des autres patients et du personnel, l'hygiène des mains est indispensable.

Les frictions avec du gel hydroalcoolique sont à réaliser :

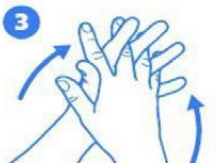
- dès votre arrivée dans le service de soins,
- dès votre arrivée dans votre chambre,
- dès que vous quittez votre chambre,
- à chaque risque de contamination des mains.

Nous vous remercions de prendre connaissance des modalités de réalisation d'une friction hydroalcoolique, expliquées ci-dessous.

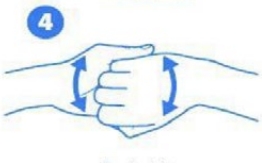
Paume contre paume



Paume main droite sur dos main gauche. Puis inversement.



Paume contre paume, doigts entrelacés



Dos des doigts contre la paume opposée

Friction circulaire du pouce dans la paume opposée

Rotation des doigts dans la paume opposée. Recommencer les étapes jusqu'au séchage complet de la solution hydroalcoolique.

Tarifs

HOSPITALISATION COMPLÈTE EN CHIRURGIE

PATIENT

Chambre particulière en hospitalisation complète

› **SOLO** — *80 € / jour*
Chambre particulière.

› **SOLO CONFORT** — *90 € / jour*
Chambre particulière, wifi, télévision (TNT), parking (2 tickets inclus) et produits d'accueil.

› **SOLO CONFORT PLUS** — *97 € / jour*
Chambre particulière, wifi, télévision (TNT), parking (2 tickets inclus), produits d'accueil, douche et journal (La Dépêche).

Téléphone

› Mise à disposition de la ligne — *5,50 €*

› Forfait minimum communication — *1 €*

Prix de la communication téléphonique non compris dans le forfait.

Télévision — *4 € / jour*

Casque ou écouteurs — *2,50 €*
(obligatoire(s) en chambre double)

Wifi — *2,50 € / jour*

Prise en charge du parcours patient

› Forfait journalier — *23 € / jour*

› PAT (Participation Assuré Transitoire) — *32 € / séjour*

ACCOMPAGNANT

› Repas (entrée + plat chaud + dessert)* — *10 €*

› Petit-déjeuner — *5,50 €*

› Lit + petit déjeuner — *20 € / nuit*

**le soir, weekend et jours fériés uniquement*

HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE

PATIENT

Chambre particulière en ambulatoire — *80 € / jour*

Télévision — *4 € / jour*

Wifi — *2,50 € / jour*

Prise en charge du parcours patient

› PAT (Participation Assuré Transitoire) — *24 € / séjour*

ACCOMPAGNANT

Le midi (hors week-ends et jours fériés), les accompagnants peuvent se restaurer à la cafétéria « Le moulin de la Galette », de 12h à 14h. Les tarifs y sont affichés à l'entrée.