PASSEPORT PATIENT

Bienvenue à
la Clinique Via Domitia

NOM ..... PRÉNOM .....

Livret d'accueil et annexes en téléchargement

CLINIQUE Via Domitia

Préparez votre séjour

1

VOTRE CONSULTATION DE PRÉ-ANESTHÉSIE

VOUS POUVEZ PRENDRE RENDEZ-VOUS PAR TÉLÉPHONE AU **04 67 91 18 36**.

LE CABINET DE PRÉ-ANESTHÉSIE SE SITUE **AU 1ER ÉTAGE DU BÂTIMENT C.**

Veuillez vous munir des documents suivants :

- ☐ Une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité) ;
- ☐ Votre carte vitale et l'attestation papier relative à vos droits en cours de validité mentionnant votre médecin traitant déclaré ;
- ☐ Votre carte de mutuelle ou l'attestation de prise en charge par votre complémentaire santé ou votre attestation de Couverture Maladie Universelle (CMU) ou votre attestation d'Aide Médicale de l'État (AME) ;
- ☐ Votre questionnaire de pré-anesthésie et le consentement éclairé d'anesthésie dûment complétés* ;
- ☐ Vos derniers résultats de bilans et d'examens médicaux (bilans sanguins, urinaires, cardiologiques, radiographiques, ...) ;
- ☐ Vos ordonnances de traitements en cours ;
- ☐ Pour les patients mineurs, le carnet de santé et votre livret de famille ;
- ☐ Un moyen de paiement ;
- ☐ Votre carte de groupe sanguin.

2

VOTRE PRÉ-ADMISSION

Vous pourrez réaliser votre pré-admission pour votre future hospitalisation auprès du secrétariat de la Clinique du lundi au vendredi de 9h à 18h.
Le service des pré-admissions se situe au rez-de-chaussée du bâtiment A.

Vous devez vous munir des documents suivants :

- ☐ Votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité) ;
- ☐ Votre carte vitale et l'attestation papier relative à vos droits, en cours de validité, mentionnant votre médecin traitant déclaré ;
- ☐ Votre carte de mutuelle ou l'attestation de prise en charge de votre complémentaire santé ou votre attestation de Couverture Maladie Universelle (CMU) ou votre attestation d'Aide Médicale de l'État (AME) ;
- ☐ Votre formulaire de recueil du consentement libre et éclairé* après délai de réflexion, complété et signé ;
- ☐ Votre formulaire de désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir*, complété et signé par vous-même et par la personne que vous avez désignée ;
- ☐ L'attestation de prise de connaissance et de délivrance d'informations, ainsi que le formulaire de recueil de consentement relatif à vos données personnelles* ;
- ☐ Le formulaire d'engagement hôtelier dûment complété* ;
- ☐ Votre formulaire d'informations et de rédaction de vos directives anticipées* ;
- ☐ Votre consentement éclairé relatif à l'anesthésie*.

Pour les mineurs :

- ☐ Les pièces d'identités de **tous** les représentants légaux ;
- ☐ Le livret de famille.

Les documents doivent être signés par tous les représentants légaux.

**disponibles en annexes*

LES ANNEXES SUIVANTES
SONT À COMPLÉTER
OBLIGATOIREMENT

Questionnaire
DE PRÉ-ANESTHÉSIE

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

CABINET D'ANESTHÉSIE
CLINIQUE VIA DOMITIA
235 CHEMIN DES ALICANTES 34400 LUNEL
04 67 91 18 36
SCM-ANESTHESISTES-LUNEL@ORANGE.FR

DR. BENJAMIN ALBERTINI /
DR. MOUJIB BACCARI / DR. VIRGINIE MARRE /
DR. DIDIER MORAU / DR. JULIE OUAKI

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 Via Domitia au 04 67 91 18 36 ou en ligne sur le site www.monrendezvousdanesthesie.fr
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

Le cabinet de consultation se situe au 1er étage du bâtiment C de l'établissement.
Pour votre confort, nous vous conseillons de réaliser votre pré-admission le même jour que votre consultation de pré-anesthésie.
En cas de besoin, vous pouvez joindre le cabinet d'anesthésie au numéro suivant : 04 67 91 18 36.

VOTRE IDENTITÉ

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

VOTRE INTERVENTION

Date de votre intervention : .....
Nom de votre chirurgien :
.....
Nom de votre médecin traitant :
.....
○ CMU ou ○ ACS

OBSERVATIONS RÉSERVÉES AU MÉDECIN

Diagnostic chirurgical : .....
.....
Nature de l'intervention : .....
.....
Code CCAM : .....
Type d'intervention :
○ Ambulatoire ○ Hospitalisation complète
○ Entré(e) le jour même puis hospitalisé(e)
Commentaires éventuels : .....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE
COCHEZ LES CASES CORRESPONDANTES

TAILLE : POIDS :	OUI	NON
Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, citez vos opérations et précisez les dates : • ..... Date : ..... • ..... Date : ..... • ..... Date : ..... • ..... Date : ..... • ..... Date :	○	○
Avez-vous des maladies cardiaques ou de l'hypertension artérielle ?	○	○
Avez-vous des problèmes circulatoires (veineux ou artériels) ?	○	○
Avez-vous des antécédents d'embolie pulmonaire ?	○	○
Avez-vous des allergies connues ? Si oui, citez vos allergies connues : • ..... • ..... • ..... • ..... •	○	○
Avez-vous des antécédents neurologiques (dépression, épilepsie, ...) ?	○	○
Avez-vous des problèmes digestifs (ulcère, hépatite, calculs vésiculaires, ...) ?	○	○
Avez-vous des problèmes rénaux ou urinaires ?	○	○
Avez-vous des antécédents de problèmes endocriniens (diabète, thyroïdiens ...) ?	○	○
Pour les femmes, décrivez vos antécédents gynécologiques : Méthode de contraception : ..... Nombre de grossesses : ..... Nombre de fausses couches :		
Fumez-vous ? Si oui, la quantité par jour :	○	○
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, type et quantité par jour :	○	○
Consommez-vous des produits toxiques ? Si oui, type, fréquence et quantité :	○	○
Avez-vous un traitement personnel ? Si oui, citez vos médicaments : • ..... • ..... • ..... • ..... • ..... •	○	○
Avez-vous d'autres informations sur votre santé dont vous souhaitez nous faire part ? Si oui, lesquelles ?	○	○

Information médicale sur l'anesthésie
Consentement éclairé d'anesthésie

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER

CABINET D'ANESTHÉSIE
CLINIQUE VIA DOMITIA
235 CHEMIN DES ALICANTES
BÂTIMENT C, 1ER ÉTAGE
34400 LUNEL
04 67 91 18 36

SCM-ANESTHESISTES-LUNEL@ORANGE.FR
DR. BENJAMIN ALBERTINI
DR. MOUJIB BACCARI / DR. VIRGINIE MARRE
DR. DIDIER MORAU / DR. JULIE OUAKI

INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document, élaboré sur les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), est destiné à vous informer sur les différentes techniques d'anesthésie et leurs risques éventuels. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin toutes les questions que vous souhaitez sur votre anesthésie. Pour les questions relatives à l'acte médical ou chirurgical qui motive l'anesthésie, il appartient au seul spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie…), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. **Il existe deux grands types d'anesthésie :** l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale improprement appelée « anesthésie locale ».

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, dont la profondeur peut être adaptée, produit par l'injection de médicaments et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques. L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie du corps sur laquelle se déroule l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération, en injectant ce produit par un dispositif (cathéter) placé à proximité des nerfs concernés. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de nerfs qui sortent de la moelle épinière. Une anesthésie générale peut être associée à une anesthésie locorégionale, soit en raison de particularités anesthésiques recherchées, soit en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent programmé, nécessite une consultation spécifique plusieurs jours à l'avance, où pourront vous être prescrits des examens et bilans complémentaires. La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences, au cours du dialogue avec le médecin. Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire ou de l'examen, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui assurera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation, mais il disposera de votre dossier médical. En cas de nécessité, il pourra être amené à modifier la technique initialement prévue, et vous en informera (sauf en cas d'urgence).

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

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Ces vérifications techniques s'accompagnent de la vérification obligatoire de votre identité, de la nature et du côté de votre opération. En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de réveil »). Durant l'anesthésie et votre passage en salle

de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier. Toutefois, une anesthésie, même conduite avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Les complications graves de l'anesthésie (cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses) sont devenues très rares. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables. Ces risques et inconvénients ne surviennent pas systématiquement. Ils sont aussi fonction de votre propre sensibilité, de votre état de santé, de la durée et du mode d'anesthésie / type de chirurgie.

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Tous les symptômes cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à les signaler le plus rapidement possible :

› Il vous sera demandé de respecter un jeûne et d'arrêter le tabac avant l'anesthésie. Le jeûne permet d'éviter les accidents graves de passage de vomissement dans les poumons. Ces instructions sont donc impératives à respecter.
› Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil.
› Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
› L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.
› Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.
› La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie temporaire d'un bras ou d'une jambe.
› Après une anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque ou une asphyxie, sont extrêmement rares.

5. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale.

L'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale) :

› L'anesthésie périmédullaire peut nécessiter de renouveler la ponction en cas de difficulté.
› L'anesthésie périmédullaire peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire en cas de difficultés à uriner.
› Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique.
› Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition ou un trouble de vision.
› Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles.

Les autres anesthésies locorégionales :

› Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.
› Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.
› Comme pour les anesthésies générales et en fonction des médicaments associés, des nausées, des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Les complications graves mais rares liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes mais, selon les connaissances actuelles de la science, aucune technique ne paraît statistiquement plus

risquée que l'autre. Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques. Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut vous présenter les choix qui s'offrent à vous en fonction de votre cas individuel, toujours particulier.

INFORMATION SUR LA TRANSFUSION

QU'ALLEZ-VOUS RECEVOIR ?

LA TRANSFUSION EST INDISPENSABLE À DE TRÈS NOMBREUX TRAITEMENTS EN MÉDECINE ET CHIRURGIE. CHAQUE ANNÉE, EN FRANCE, ENVIRON 2 500 000 DONS DE SANG PERMETTENT DE TRAITER PLUSIEURS CENTAINES DE MILLIERS DE MALADES.

Les produits appelés globules rouges, plaquettes ou plasma frais congelés sont des produits sanguins labiles. Ils proviennent de dons de donneurs bénévoles. Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne du donneur au malade. Le traitement qui vous est proposé est nécessaire à votre état de santé actuel. Votre médecin a bien étudié les bénéfices pour vous ainsi que les risques éventuels.

QUELS SONT AUJOURD'HUI LES RISQUES CONNUS DE CE TRAITEMENT ?

Comme tout traitement, la transfusion comporte des risques. Des réactions sans conséquence grave peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire ou des frissons et de la fièvre, sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

1) Des risques résiduels de contamination Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques. Les estimations pour 2005 sont les suivantes :

› 1 infection par le virus de l'hépatite B pour plus de 2 millions de transfusions.
› 1 infection par le virus de l'hépatite C pour plus de 6 millions de transfusions.
› 1 infection par des bactéries pour plus de 125 000 transfusions.
› 1 infection par le virus du Sida pour près de 4 millions de transfusions.
› 3 cas de transmission de l'agent du variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par une transfusion ont été rapportés en Grande Bretagne.

2) Des risques liés aux très nombreux groupes sanguins

Le grand nombre de groupes sanguins, différents d'une personne à l'autre, impose de faire des examens obligatoires avant transfusion pour assurer votre sécurité : deux déterminations de groupes sanguins (A, B, O, AB et Rhésus) et une recherche d'anticorps irréguliers contre de nombreux groupes. Une dernière vérification sera effectuée à votre chevet en cas de transfusion de concentrés de globules rouges. Malgré toutes ces précautions, des anticorps irréguliers apparaissent chez certains malades (dans 1 à 5% des cas généralement).

Cependant, des risques aujourd'hui inconnus ne peuvent être exclus. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance). Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES AVANT ET APRÈS TRANSFUSION

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion. En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués :

› Avant chaque transfusion, il est obligatoire de disposer des caractéristiques du groupe sanguin du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.
› Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes. Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

CONSERVER LES DOCUMENTS QUE VOUS ALLEZ RECEVOIR

Après une transfusion et avant votre sortie, il vous sera remis un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus. Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à votre médecin traitant. En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de recontacter les personnes transfusées.

CONSIGNES LE JOUR DE L'INTERVENTION

- **Vous pouvez manger jusqu'à 6h avant l'arrivée à la clinique**
- **Vous pouvez boire des liquides clairs (eau, thé, café, jus de pomme ou raisin) jusqu'à 2h avant l'arrivée à la clinique**
  Il ne faut pas boire de lait (y compris végétal) ni de jus avec pulpe ni de boissons gazeuses ni d'alcool
- **Vous ne devez pas fumer le jour de l'intervention**
- **La gestion de votre traitement habituel sera précisée par le médecin anesthésiste le jour de la consultation d'anesthésie**
- **Pour une intervention en ambulatoire, vous ne pouvez pas conduire après une anesthésie générale ou loco-régionale et vous devez être accompagné(e) pour rejoindre votre domicile**

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ D'ANESTHÉSIE

AVEZ-VOUS ÉTÉ VALABLEMENT INFORMÉ(E) ?

Je soussignée Madame / Monsieur .....
Né(e) le : .....
Adresse : .....

.....

Agissant en tant que :
○ Patient
○ Représentants légaux du patient mineur
○ Tuteur ou curateur

Estime avoir été suffisamment informé(e) au cours de la consultation d'anesthésie du ..... / ..... / ..... avec le Docteur ..... des avantages et des risques de l'anesthésie.
J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. J'accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention. Mon accord concerne également la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste-réanimateur. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur à mon égard.

Fait le :
À :
Signature du patient ou de ses représentants légaux :
précédée de la mention « lu, approuvé et compris, j'accepte l'anesthésie proposée »

Merci de parapher l'ensemble du formulaire

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Clinique Via Domitia

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

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 révocable 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.

- ○ **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 : .....
Mail : .....

Cette personne est :

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

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE À PRÉVENIR

CLINIQUE Via Domitia

→ 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'évènement(s) particulier(s) au cours de votre séjour, qu'ils soient 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 révocable à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible dans votre service de soins.

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**

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

Attestation

DE PRISE DE CONNAISSANCE ET DE DÉLIVRANCE D'INFORMATIONS

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

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.**

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 Via Domitia à choisir et à faire appel à un organisme de transport agréé :

○ **Oui** ○ **Non**

INFORMATION DESTINÉE AU PATIENT EXPOSITION RADIOLOGIQUE AU BLOC OPÉRATOIRE DANS LE CADRE D'UNE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE OU VISCÉRALE

Dans le cadre de votre intervention chirurgicale au bloc opératoire, votre praticien peut être amené, dans le cadre d'une procédure interventionnelle, à utiliser un appareil émettant des rayons X. La dose de rayonnements X susceptible de vous être délivrée au cours de la procédure sera la plus faible possible. Elle dépend de nombreux facteurs dont la région anatomique exposée, la nature de l'intervention, la complexité du geste chirurgical ou encore de votre morphologie. En cas d'état de grossesse avérée ou de suspicion de grossesse, il est impératif d'en avertir votre praticien sans délai, quelle que soit la nature de l'intervention programmée. La dose de rayonnements délivrée au cours de l'intervention sera indiquée dans le compte-rendu opératoire conformément à la réglementation en vigueur.

PRÉNOM :
NOM :
FAIT À : LE :
SIGNATURE :

Informations et recueil

DE CONSENTEMENT SUR LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

CLINIQUE Via Domitia

→ 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

INFORMATION ET RECUEIL DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER AU VERSO

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'acte 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. Si vous rencontrez des difficultés pour la rédaction de vos directives anticipées, vous pouvez également solliciter l'équipe de soins qui vous remettra alors un formulaire élaboré par le Ministère chargé de la santé.

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 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

Si autre, merci d'indiquer le nom et prénom de la personne et ses coordonnées téléphoniques :

.....

.....

○ **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 via le formulaire du Ministère chargé de la santé.**

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

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

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

Lieu de naissance : .....

Sexe : ○ F ○ M

Adresse : .....

.....

Ville : .....

Code postal : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FAIT LE :

À :

SIGNATURE :

Formulaire

D'ENGAGEMENT HÔTELIER ET TARIFS

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER

INFORMATIONS PATIENT

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

Date d'entrée : .....

Mail : .....

Type d'intervention

○ **Hospitalisation**

○ **Ambulatoire**

ENGAGEMENT CHAMBRE PARTICULIÈRE

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

Tarif chambre particulière hospitalisation complète (télévision et journal compris) : 75 € / jour

Tarif chambre particulière ambulatoire (télévision comprise) : 35 € / jour

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

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

Vous avez la possibilité d'annuler votre réservation de chambre particulière en contactant le 04 67 91 92 00 jusqu'à 2 jours avant votre intervention. Dans le cas contraire, elle vous sera facturée.

À LUNEL, LE :
SIGNATURE DU PATIENT PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ, BON POUR ACCORD » :

ACCOMPAGNANT *UNIQUEMENT EN HOSPITALISATION COMPLÈTE*

Si vous le souhaitez, et si vous disposez d'une chambre particulière, vous pouvez être accompagné(e) durant votre séjour. Pour cela, veuillez compléter les informations ci-dessous :

○ **LIT COUCHETTE ACCOMPAGNANT ET PETIT DÉJEUNER - 15 €**

○ **REPAS ACCOMPAGNANT - 10 €**
Prestation disponible seulement pour le repas du soir

○ **PETIT DÉJEUNER ACCOMPAGNANT – 3,50 €**

Télévision* ——— *6 € / jour*

Wi-fi ——— *4,50 € / jour*

*Une pièce d'identité vous sera demandée en caution le jour de votre entrée pour la commande de la télévision.

○ Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge. J'ai bien été informé(e) que les frais relatifs aux chambres particulières ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

Informations à communiquer pour la prise en charge auprès de votre mutuelle :
N°FINESS : 340 780 725
DMT : 181 23
CONTACT@CLINIQUE-VIA-DOMITIA.FR

Autorisation d'opérer

UN PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER

IDENTITÉ DU MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

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

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

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 : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

○ **Atteste autoriser l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique Via Domitia à opérer la personne sous tutelle ci-dessus identifiée et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge, y compris les types d'anesthésie utiles à l'intervention.**

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

SIGNATURE DU TUTEUR LÉGAL

FAIT LE :

À :

SIGNATURE :

Autorisation parentale

D'OPÉRER UN PATIENT MINEUR

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER

IDENTITÉ DU PATIENT MINEUR

Nom : .....

Prénom : .....

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

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

SIGNATURE PARENT N°1

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

SIGNATURE PARENT N°2

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

ATTESTATION D'AUTORISATION PARENTALE D'OPÉRER

L'autorisation parentale d'opérer doit obligatoirement être signée par les deux parents et/ou titulaires de l'autorité parentale du mineur. En l'absence de ces deux signatures, l'intervention ne pourra avoir lieu. Dans le cas où l'une des deux signatures ne peux être recueillie (parent éloigné, destitution de l'autorité parentale, ...) veuillez joindre un justificatif et indiquer le motif au verso du présent formulaire. Pour la réalisation de la pré-admission, veillez à vous munir impérativement d'une pièce d'identité et de votre livret de famille.

Parent et/ou titulaire de l'autorité parentale n°1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance :

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

Sexe : ○ F ○ M

Mail : .....

Téléphone : .....

Atteste autoriser l'intervention prévue à la date précédemment indiquée et avoir été suffisamment informé des modalités de prise en charge, d'intervention et d'anesthésie.

Parent et/ou titulaire de l'autorité parentale n°2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance :

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

Sexe : ○ F ○ M

Mail : .....

Téléphone : .....

Atteste autoriser l'intervention prévue à la date précédemment indiquée et avoir été suffisamment informé des modalités de prise en charge, d'intervention et d'anesthésie.

Formulaire

DE DÉSIGNATION ANTICIPÉE DE L'ACCOMPAGNANT À LA SORTIE DU MINEUR

Clinique Via Domitia

→ À COMPLÉTER RECTO / VERSO

Votre enfant va prochainement subir une intervention à la Clinique Via Domitia. Afin d'assurer la sécurité de sa prise en charge, nous vous demandons de bien vouloir indiquer, s'il ne s'agit pas d'un de ses représentants légaux, la personne que vous avez désignée pour récupérer votre enfant à sa sortie de l'établissement.

IDENTITÉ DU MINEUR

Nom : .....

Prénom : .....

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

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

IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Domicilié(e) : .....

.....

Téléphone : .....

- ○ **Atteste que le mineur sera accompagné par l'un de ses représentants légaux à sa sortie**
- ○ **Atteste déléguer l'accompagnement de mon enfant à sa sortie**

IDENTITÉ DE L'ACCOMPAGANT DÉSIGNÉ POUR LA SORTIE

L'accompagnant que j'ai désigné pour récupérer mon enfant à sa sortie de l'établissement est :

Nom : .....

Prénom : .....

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

Sexe : ○ F ○ M

Téléphone : .....

Lien avec le mineur : .....

LA PIÈCE D'IDENTITÉ DE L'ACCOMPAGNANT DEVRA OBLIGATOIREMENT ÊTRE PRÉSENTÉE À LA SORTIE DU PATIENT MINEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

Vérification

DE L'IDENTITÉ DE L'ACCOMPAGNANT À LA SORTIE DU PATIENT MINEUR

CLINIQUE Via Domitia

→ À COMPLÉTER

IDENTITÉ DU PERSONNEL RÉALISANT LA VÉRIFICATION DE L'ACCOMPAGNANT DU MINEUR À LA SORTIE

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Atteste avoir vérifié que la personne venant récupérer le patient mineur est bien celle préalablement identifiée par les représentants légaux, et avoir vérifié que l'identité de l'accompagnant à la sortie est bien conforme à celle renseignée sur le formulaire.

J'atteste avoir vérifié la concordance entre la photocopie de la pièce d'identité transmise par les tuteurs légaux à l'occasion de la pré-admission, et celle présentée par la personne accompagnante le jour de la sortie.

SIGNATURE DU SALARIÉ

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

SIGNATURE DE L'ACCOMPAGNANT

FAIT LE :
À :
SIGNATURE :

À TITRE
D'INFORMATION

Préparez votre séjour

Vous allez prochainement bénéficier d'une intervention à la Clinique Via Domitia. Afin de la préparer au mieux, nous vous demandons de prendre connaissance de l'ensemble des informations renseignées dans ce livret.

Notre personnel se tient à votre disposition pour toute information complémentaire.

VOUS POUVEZ CONTACTER
L'ACCUEIL DE L'ÉTABLISSEMENT
AU 04 67 91 92 00
DU LUNDI AU VENDREDI DE 6H30
À 19H00

TOUT AU LONG
DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Tout au long de votre parcours et à chaque étape jusqu'au jour de votre hospitalisation, vous devez impérativement vous munir des documents suivants :

PARTIE ADMINISTRATIVE

- VOTRE DOSSIER DE SUIVI COMPLET
- UN DOCUMENT OFFICIEL D'IDENTITÉ (CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ / LIVRET DE FAMILLE / TITRE DE SÉJOUR / PASSEPORT)
- VOTRE CARTE VITALE
- VOTRE CARTE DE MUTUELLE

PARTIE MÉDICALE

- VOS DERNIERS RÉSULTATS DE BILANS ET D'EXAMENS MÉDICAUX
  (BILANS SANGUINS, URINAIRES, EXAMENS CARDIOLOGIQUES, RADIOGRAPHIQUES, ETC.), SI VOTRE PRATICIEN VOUS LES A DEMANDÉS
- VOTRE PASSEPORT PATIENT ET L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS QU'IL CONTIENT

PRÉPAREZ VOTRE CONSULTATION DE PRÉ-ANESTHÉSIE

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

- votre carte vitale,
- votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, titre de séjour, passeport),
- votre questionnaire de pré-anesthésie complété (pensez à signaler vos allergies),
- vos derniers résultats de bilans et d'examens médicaux (bilans sanguins, urinaires, examens cardiologiques, radiographiques, ...) si votre praticien vous les a demandés,
- vos ordonnances de traitements en cours datant de moins de 1 an,
- un moyen de paiement.

Pendant votre consultation de pré-anesthésie, le médecin répondra à vos questions et vous devrez lire et signer **votre consentement éclairé d'anesthésie**. Après votre consultation de pré-anesthésie, **rendez-vous au 1er étage du bâtiment B** afin de réaliser votre pré-admission obligatoire.

LE SERVICE DES PRÉ-ADMISSIONS EST OUVERT DU LUNDI AU VENDREDI, DE 9H00 À 18H00.

PRÉPAREZ VOTRE PRÉ-ADMISSION

Afin de réaliser votre pré-admission, vous devez vous munir des documents suivants :

- une pièce d'identité en cours de validité,
- votre carte vitale,
- votre carte de mutuelle,
- votre formulaire de désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir complété et signé,
- votre consentement éclairé d'intervention et votre consentement éclairé d'anesthésie signés,
- l'autorisation parentale d'opérer pour les patients mineurs, signée par les deux tuteurs de l'autorité parentale et un justificatif en cas d'impossibilité d'obtenir l'une des deux signatures,
- l'autorisation d'opérer pour les majeurs sous tutelle et le jugement de placement sous tutelle,
- votre livret de famille pour la prise en charge des patients mineurs,
- l'information et le recueil de consentement sur l'utilisation de vos données personnelles,
- le formulaire d'engagement hôtelier dûment complété,
- le formulaire d'information et de recueil des directives anticipées.

PRÉPAREZ VOTRE SÉJOUR

SI VOUS ÊTES PRIS EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLÈTE, PRÉVOYEZ POUR VOTRE SÉJOUR :

- 2 GRANDES SERVIETTES PROPRES
- 1 PAIRE DE PANTOUFLES PROPRES OU NEUVES
- 1 BROSSE À DENTS NEUVE
- 1 DENTIFRICE
- 1 GEL DOUCHE
- 1 SHAMPOOING
- 1 BROSSE À CHEVEUX

AVANT LE JOUR DE VOTRE VENUE DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT, VOUS DEVEZ :

- **Récupérer à une pharmacie le traitement prescrit par votre médecin** ainsi que les accessoires (béquilles, attelle, ...) qui seront nécessaires aux suites de votre intervention. Veillez à **ranger vos ordonnances dans votre dossier de suivi.**
- Anticiper la venue d'une **infirmière libérale** à votre domicile pour les suites de votre intervention, si votre médecin vous l'a demandé.
- Anticiper vos **rendez-vous avec un kinésithérapeute** pour les suites de votre intervention, si votre médecin vous l'a demandé.

LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION

VOTRE DÉPILATION

Si votre praticien vous l'a demandé, vous devez réaliser **l'avant-veille de votre intervention** votre dépilation. Elle doit être réalisée conformément aux recommandations de votre médecin et en suivant les recommandations de la feuille de préparation cutanée contenue dans votre passeport patient.

L'APPEL DE LA VEILLE

Dans l'après-midi, la veille de votre intervention, vous serez contacté par le service de soins, qui vous communiquera votre heure de convocation pour le lendemain. Veillez à garder votre téléphone près de vous ou à prendre connaissance de vos messages. Pour les interventions programmées le lundi, les appels de la veille seront réalisés le vendredi.

VOTRE DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE

La veille de votre intervention, vous devez réaliser votre douche préopératoire, quelle que soit l'intervention prévue. Pour réaliser votre douche préopératoire, conformez-vous aux recommandations énoncées dans le document d'information sur votre préparation cutanée, se trouvant dans votre passeport patient.

LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION

- Vous devez réaliser une nouvelle fois votre douche préopératoire, à votre domicile, juste avant votre venue dans notre établissement.
- Prévoyez une tenue propre et confortable à revêtir avant et après votre intervention.
- Si vous portez des lentilles, prévoyez à la place de vous munir de votre paire de lunettes.
- Si vous portez des prothèses auditives ou dentaires, prévoyez de vous munir de boites pour les ranger lors de votre prise en charge au bloc opératoire.
- Veillez à ne prendre aucun objet de valeur.

NOUS VOUS RAPPELONS QUE VOTRE ORDRE DE PASSAGE AU BLOC OPÉRATOIRE PEUT ÊTRE RETARDÉ, EN RAISON DE PRISES EN CHARGE D'URGENCES PRIORITAIRES.

À VOTRE ARRIVÉE

1/ RENDEZ-VOUS À L'ACCUEIL DE L'ÉTABLISSEMENT SITUÉ AU BÂTIMENT A.

LA SECRÉTAIRE VOUS ACCUEILLERA ET VOUS GUIDERA DANS VOS DÉMARCHES.

2/ SI VOUS ÊTES HOSPITALISÉ, NOUS VOUS RAPPELONS QUE POUR LA SÉCURITÉ DE VOTRE PRISE EN CHARGE, VOTRE TRAITEMENT PERSONNEL SERA RÉCUPÉRÉ À VOTRE ARRIVÉE DANS LE SERVICE DE SOINS.

IL SERA GÉRÉ PAR VOTRE MÉDECIN RÉFÉRENT, LE PHARMACIEN DE L'ÉTABLISSEMENT, L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE, ET VOUS SERA RESTITUÉ À VOTRE SORTIE.

PRÉPAREZ VOTRE RETOUR À DOMICILE

Prévoyez un accompagnant majeur et valide qui vous raccompagnera pour votre retour à domicile.

Nous vous rappelons qu'il vous est formellement interdit de quitter l'établissement seul.
Au moment de votre sortie, votre accompagnant doit venir vous récupérer dans le service de soins, auprès de l'infirmier, et signer l'attestation d'accompagnement. Pour les mineurs, il vous sera demandé de signer un formulaire d'autorisation de sortie.

Pour les enfants de moins de 10 ans, la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit le véhicule. Pour des raisons de sécurité, un adulte doit rester avec l'enfant à l'arrière du véhicule.

LES CONSIGNES POSTOPÉRATOIRES

> LES CONSIGNES À RESPECTER POUR LES SUITES DE VOTRE INTERVENTION

JUSQU'AU LENDEMAIN DE VOTRE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

- NE CONDUISEZ PAS DE VÉHICULE
- N'UTILISEZ PAS D'APPAREIL POTENTIELLEMENT DANGEREUX
- NE PRENEZ PAS DE DÉCISION IMPORTANTE, VOTRE VIGILANCE PEUT ÊTRE ABAISSÉE SANS QUE VOUS NE VOUS EN RENDIEZ COMPTE
- NE CONSOMMEZ PAS D'ALCOOL DURANT LES 24 HEURES SUIVANT VOTRE INTERVENTION
- PRÉVOYEZ UNE PERSONNE QUI RESTERA AUPRÈS DE VOUS DURANT LA NUIT SUIVANT VOTRE ANESTHÉSIE

Jeûne pré-opératoire

CLINIQUE Via Domitia

+ VOUS AVEZ LE DROIT DE MANGER **JUSQU'À 6H** AVANT UNE CHIRURGIE PROGRAMMÉE

+ VOUS AVEZ LE DROIT DE BOIRE DES LIQUIDES CLAIRS :

› THÉ OU CAFÉ (SANS LAIT)
› EAU
› JUS DE FRUITS (SANS PULPE)

JUSQU'À 2H AVANT UNE CHIRURGIE PROGRAMMÉE

+ VOUS AVEZ LE DROIT DE PRENDRE VOS MÉDICAMENTS AUTORISÉS PAR LES MÉDECINS NOTAMMENT POUR LUTTER CONTRE LA DOULEUR **JUSQU'À 2H** AVANT UNE CHIRURGIE PROGRAMMÉE

SAUF SI CONSIGNES PARTICULIÈRES DONNÉES PAR L'ANESTHÉSISTE

LE TABAC EST SUSCEPTIBLE D'ENTRAÎNER 2 À 4 FOIS* PLUS DE COMPLICATIONS DE CICATRISATION.

✖

*DONNÉES ISSUES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SFAR)

Clinipole GROUPE
Membre du Groupe Clinipole
www.groupeclinipole.fr

MAI 2026

Votre préparation cutanée

VOTRE DÉPILATION
DE LA ZONE À OPÉRER

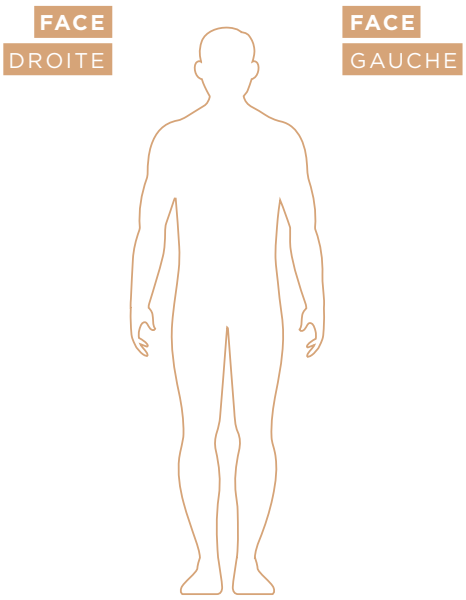
La dépilation de la zone à opérer doit être réalisée uniquement à la demande de votre praticien.

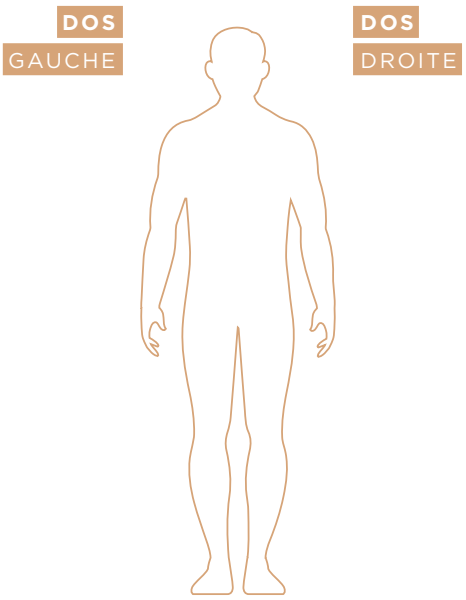
Elle se pratique de préférence 48 heures avant votre intervention. Pour la réaliser, vous pouvez utiliser une tondeuse avec tête à usage unique, une crème dépilatoire ou de la cire dépilatoire.

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. 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.

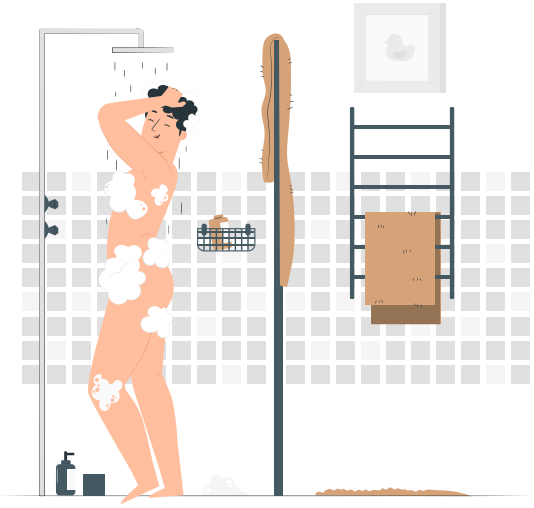




VOTRE DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE

Effectuée avec un savon neuf, la douche préopératoire sert à éliminer une grande partie des microbes présents sur votre peau et à limiter les infections de la plaie lors de l'intervention chirurgicale.

Vous devez réaliser une douche préopératoire à votre domicile la veille au soir de l'intervention, puis une seconde le matin avant votre arrivée à la clinique.



Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, il est indispensable de retirer avant votre intervention :

- Tout vernis à ongles, vernis semi-permanent ou prothèses ongulaires sur l'ensemble des doigts
- Tous vos bijoux :
  - alliances et bagues
  - montres et bracelets
  - boucles d'oreilles
  - piercings, même éloignés de la zone opératoire
  - **Aucun bijou ne doit être conservé**
- Tout sous-vêtement sous la tenue remise pour le bloc opératoire

VOTRE INTERVENTION SERA SYSTÉMATIQUEMENT ANNULÉE SI LES CONSIGNES POUR LES ONGLES NE SONT PAS RESPECTÉES.

COMMENT RÉALISER VOTRE DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE ?

1. RETIREZ VOTRE VERNIS, COUPEZ VOS ONGLES ET NETTOYEZ-LES SOIGNEUSEMENT
2. MOUILLEZ-VOUS LE CORPS ET LES CHEVEUX
3. APPLIQUEZ DU SAVON SUR VOS CHEVEUX ET FAITES MOUSSER
4. APPLIQUEZ DU SAVON SUR VOTRE CORPS ET FAITES MOUSSER
5. LAVEZ VOTRE VISAGE ET VOTRE COU, EN INSISTANT DERRIÈRE LES OREILLES
6. INSISTEZ SUR VOS AISSELLES, VOS ORGANES GÉNITAUX, VOS PLIS DE L'AINE ET VOS PIEDS

- RENOUVELEZ LES ÉTAPES 3 À 6 UNE NOUVELLE FOIS
- SÉCHEZ-VOUS AVEC UNE SERVIETTE PROPRE
- ENFILEZ DES VÊTEMENTS PROPRES
- BROSSEZ-VOUS LES DENTS
- NE VOUS MAQUILLEZ PAS
- RETIREZ VOS BIJOUX ET AUTRES ACCESSOIRES

LE PERSONNEL SOIGNANT EST CHARGÉ DE VEILLER AU RESPECT DES CONSIGNES D'HYGIÈNE. LA BONNE RÉALISATION DE VOTRE DOUCHE EST UNE CONDITION NÉCESSAIRE DESTINÉE À AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS.

Votre endoscopie digestive

Vous allez prochainement être prise en charge en endoscopie à la Clinique Via Domitia. Afin de préparer au mieux votre venue, nous vous demandons de prendre connaissance de l'ensemble des informations renseignées dans ce livret.

Notre personnel se tient à votre disposition pour toute information complémentaire.

VOUS POUVEZ CONTACTER
L'ACCUEIL DE L'ÉTABLISSEMENT
AU 04 67 91 92 00
DU LUNDI AU VENDREDI :
DE 6H30 À 19H00

TOUT AU LONG
DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Tout au long de votre parcours et à chaque étape jusqu'au jour de votre prise en charge, vous devez impérativement vous munir des documents suivants :

- VOTRE DOSSIER DE SUIVI COMPLET
- UN DOCUMENT OFFICIEL D'IDENTITÉ (CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ / LIVRET DE FAMILLE / TITRE DE SÉJOUR / PASSEPORT)
- VOTRE CARTE VITALE
- VOTRE CARTE DE MUTUELLE

PRÉPAREZ VOTRE CONSULTATION DE PRÉ-ANESTHÉSIE

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

- votre carte vitale,
- votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, titre de séjour, passeport),
- votre questionnaire de pré-anesthésie complété (pensez à signaler vos allergies),
- vos derniers résultats de bilans et d'examens médicaux (bilans sanguins, urinaires, examens cardiologiques, radiographiques, ...) si votre praticien vous les a demandés,
- vos ordonnances de traitements en cours datant de moins de 1 an,
- un moyen de paiement

Pendant votre consultation de pré-anesthésie, le médecin répondra à vos questions et vous devrez lire et signer **votre consentement éclairé d'anesthésie**. Après votre consultation de pré-anesthésie, **rendez-vous au 1er étage du bâtiment B** afin de réaliser votre pré-admission obligatoire.

LE SERVICE DES PRÉ-ADMISSIONS
EST OUVERT DU LUNDI AU VENDREDI,
DE 9H00 À 18H00.

PRÉPAREZ VOTRE PRÉ-ADMISSION

Afin de réaliser votre pré-admission, vous devez vous munir des documents suivants :

- une pièce d'identité en cours de validité,
- votre carte vitale,
- votre carte de mutuelle,
- votre formulaire de désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir complété et signé,
- votre consentement éclairé pour l'acte d'endoscopie et votre consentement éclairé d'anesthésie signés,
- l'autorisation parentale d'opérer pour les patients mineurs, signée par les deux tuteurs de l'autorité parentale et un justificatif en cas d'impossibilité d'obtenir l'une des deux signatures,
- l'autorisation d'opérer pour les majeurs sous tutelle et le jugement de placement sous tutelle,
- votre livret de famille pour la prise en charge des patients mineurs,
- l'information et le recueil de consentement sur l'utilisation de vos données personnelles.

LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION

L'APPEL DE LA VEILLE

Dans l'après-midi, la veille de votre prise en charge, vous serez contacté par le service de soins, qui vous communiquera votre heure de convocation pour le lendemain. Veillez à garder votre téléphone près de vous ou à prendre connaissance de vos messages. Pour les actes programmés le lundi, les appels de la veille seront réalisés le vendredi.

VOTRE DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE

La veille de votre prise en charge, vous devez réaliser votre douche préopératoire. Pour réaliser votre douche préopératoire, conformez-vous aux recommandations énoncées en page 4 de votre livret.

LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION

- Le matin de votre acte d'endoscopie, vous devez réaliser une nouvelle fois votre douche préopératoire, à votre domicile, juste avant votre venue dans notre établissement,
- Prévoyez une tenue propre et confortable à revêtir avant et après votre prise en charge,
- Si vous portez des lentilles, prévoyez à la place de vous munir de vos lunettes,
- Si vous portez des prothèses auditives ou dentaires, prévoyez de vous munir de boites pour les ranger lors de votre prise en charge au bloc opératoire,
- Veillez à ne prendre aucun objet de valeur.

À VOTRE ARRIVÉE, RENDEZ-VOUS À L'ACCUEIL DE L'ÉTABLISSEMENT SITUÉ AU BÂTIMENT A. LA SECRÉTAIRE VOUS ACCUEILLERA ET VOUS GUIDERA DANS VOS DÉMARCHES.

PRÉPAREZ VOTRE RETOUR À DOMICILE

Prévoyez un accompagnant majeur et valide qui vous raccompagnera pour votre retour à domicile.

Nous vous rappelons qu'il vous est formellement interdit de quitter l'établissement seul.

Au moment de votre sortie, votre accompagnant doit venir vous récupérer dans le service de soins, auprès de l'infirmier, et signer l'attestation d'accompagnement. Pour les mineurs, il vous sera demandé de signer un formulaire d'autorisation de sortie.

Pour les enfants de moins de 10 ans, la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit le véhicule. Pour des raisons de sécurité, un adulte doit rester avec l'enfant à l'arrière du véhicule.

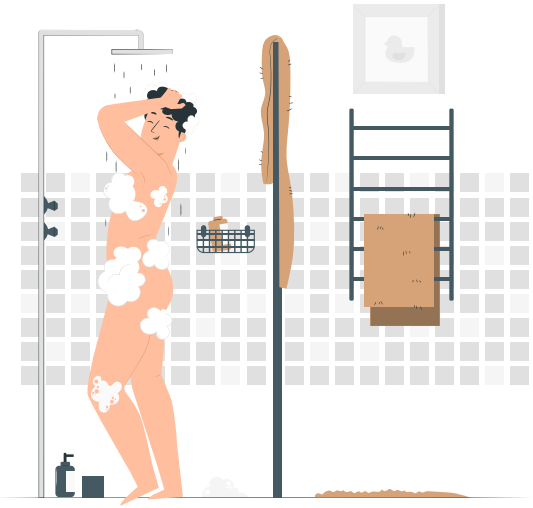
LES CONSIGNES POSTOPÉRATOIRES

LES CONSIGNES À RESPECTER POUR LES SUITES DE VOTRE INTERVENTION JUSQU'AU LENDEMAIN DE VOTRE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

- NE CONDUISEZ PAS DE VÉHICULE
- N'UTILISEZ PAS D'APPAREIL POTENTIELLEMENT DANGEREUX
- NE PRENEZ PAS DE DÉCISION IMPORTANTE, VOTRE VIGILANCE PEUT ÊTRE ABAISSÉE SANS QUE VOUS NE VOUS EN RENDIEZ COMPTE
- NE CONSOMMEZ PAS D'ALCOOL DURANT LES 24 HEURES SUIVANT VOTRE INTERVENTION
- PRÉVOYEZ UNE PERSONNE QUI RESTERA AUPRÈS DE VOUS DURANT LA NUIT SUIVANT VOTRE ANESTHÉSIE

VOTRE DOUCHE
PRÉOPÉRATOIRE

Effectuée avec un savon neuf, la douche préopératoire sert à éliminer une grande partie des microbes présents sur votre peau et à limiter les infections lors de l'acte d'endoscopie. Vous devez réaliser votre douche préopératoire à votre domicile la veille au soir et le matin de l'acte.



LE PERSONNEL SOIGNANT EST CHARGÉ DE VEILLER AU RESPECT DES CONSIGNES D'HYGIÈNE. LA BONNE RÉALISATION DE VOTRE DOUCHE EST UNE CONDITION NÉCESSAIRE DESTINÉE À AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS.

1. RETIREZ VOTRE VERNIS, COUPEZ VOS ONGLES ET NETTOYEZ-LES SOIGNEUSEMENT
2. MOUILLEZ-VOUS LE CORPS ET LES CHEVEUX
3. APPLIQUEZ DU SAVON SUR VOS CHEVEUX ET FAITES MOUSSER
4. APPLIQUEZ DU SAVON SUR VOTRE CORPS ET FAITES MOUSSER
5. LAVEZ VOTRE VISAGE ET VOTRE COU, EN INSISTANT DERRIÈRE LES OREILLES
6. INSISTEZ SUR VOS AISSELLES, VOS ORGANES GÉNITAUX, VOS PLIS DE L'AINE ET VOS PIEDS

- RENOUVELEZ LES ÉTAPES 3 À 6 UNE NOUVELLE FOIS
- SÉCHEZ-VOUS AVEC UNE SERVIETTE PROPRE
- ENFILEZ DES VÊTEMENTS PROPRES
- BROSSEZ-VOUS LES DENTS
- NE VOUS MAQUILLEZ PAS
- RETIREZ VOS BIJOUX ET AUTRES ACCESSOIRES

VOTRE PRÉPARATION
COLIQUE

Votre acte endoscopique nécessite que vous respectiez impérativement les consignes de préparation colique données par votre médecin. En cas de problème survenu pendant votre préparation ou si vous n'avez pas pu l'effectuer dans sa totalité, vous devez impérativement le signaler au personnel soignant dès votre arrivée.

Pour votre sécurité, une mauvaise préparation colique peut entraîner le report de votre intervention.

PEFC
10-31-1319
Promouvoir la gestion durable de la forêt
www.pefc-france.org

IMPRIM'VERT®

MAI 2026

Informations pratiques

ACCUEIL
04 67 91 92 00
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 6H30 À 19H00

SERVICE DES PRÉ-ADMISSIONS
04 67 91 92 00
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 9H00 À 18H00

CABINET D'ANESTHÉSIE
04 67 91 18 36
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 9H30 À 12H45 ET
DE 13H45 À 18H00

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
04 67 71 08 40
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 8H00 À 18H00

SERVICE DES URGENCES
04 67 83 33 33
24H/24 ET 7J/7

SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 6H30 À 19H15

SERVICE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE
24H/24 ET 7J/7

CENTRE D'IMAGERIE
04 11 80 36 80
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 8H00 À 19H00
LE SAMEDI
DE 8H00 À 12H00

UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 09H00 À 17H00

CLINIQUE VIA DOMITIA / PÔLE SANTÉ LOUIS SERRE
235 CHEMIN DES ALICANTES / 34400 LUNEL

Membre du Groupe Clinipole
www.groupeclinipole.fr