



DOSSIER D'ADMISSION

Ce livret rassemble l'ensemble des documents administratifs nécessaires à votre hospitalisation.

Veillez à l'apporter dûment complété et signé lors de vos différentes visites à la Clinique.

Pour les mineurs, l'autorisation d'opérer doit être signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale

Vous pouvez prendre votre RDV pour la consultation d'anesthésie :

- Directement sur le site [doctolib.fr](https://www.doctolib.fr)
- Ou par téléphone au : **01 40 72 28 88**



INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

À remplir, à signer et
à apporter le jour de
votre entrée

Votre adresse :

Votre numéro de téléphone : Mail :

Votre médecin traitant ou le médecin qui vous adresse (si différent du médecin traitant) :

Dr. ☎ :

Adresse :



QUESTIONNAIRE BHRé

« Bactérie Hautement Résistante émergente »

À remplir, à signer et
à apporter le jour de
votre entrée

- Avez-vous été hospitalisé à l'étranger lors des 12 derniers mois ? Oui Non
- Vous savez vous porteur d'une Bactérie Hautement Résistante émergente « BHRé » ? Oui Non
- Avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une « BHRé » ? Oui Non

Si oui à l'une des questions listées ci-dessus, prévenir le médecin anesthésiste au 01 40 72 28 88



OBJETS DE VALEUR / BIJOUX DANS L'ÉTABLISSEMENT

- Éviter** (ou limiter au strict nécessaire) d'apporter des objets de valeurs à la clinique.
- Privilégier les paiements par carte bancaire ou par chèque**, limiter au maximum la quantité d'argent en espèce que vous avez avec vous lors de votre séjour à la clinique.
- Apporter des copies de vos papiers d'identité** plutôt que vos papiers originaux.

Si malgré ces préconisations vous décidez d'apporter des objets de valeurs lors de votre hospitalisation sachez qu'un **coffre est disponible dans toutes les chambres.**

La clinique dégage de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels qui n'auraient pas été déposés par vos soins dans le coffre.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'EXAMEN OU L'INTERVENTION

Au cours de la **consultation au cabinet du praticien** du [] [] [] avec le **Docteur**

Précisez la nature de l'intervention ou de l'examen :

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) clairement (par oral et/ou par écrit) des avantages et des risques de l'intervention ou de l'examen dont je dois bénéficier : Oui Non
- J'ai pu poser au médecin toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Oui Non
- J'estime avoir reçu les réponses satisfaisantes à mes questions. Oui Non
- J'ai reçu un document d'information sur cette intervention et certifie en avoir pris connaissance. Oui Non
- Je certifie avoir pris connaissance du complément d'honoraires Oui Non
- Je donne mon accord pour l'intervention. Oui Non

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'ANESTHÉSIE

Au cours de la **consultation d'anesthésie** du [] [] [] avec le **Docteur**

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) (par oral et/ou par écrit) des avantages et des risques de l'anesthésie. Oui Non
- J'ai pu poser au médecin Anesthésiste toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Oui Non
- Je certifie avoir pris connaissance des recommandations concernant l'anesthésie et m'engage à respecter les règles de sécurité imposées. Oui Non
- J'ai reçu une information relative à la prise en charge de la douleur. Oui Non
- Je certifie avoir pris connaissance du complément d'honoraires de l'anesthésie Oui Non
- Je donne mon accord pour les modifications de procédures jugées utiles par les praticiens de l'équipe médico-chirurgicale. Oui Non
- Je donne mon accord pour les transfusions jugées nécessaires par les praticiens de l'équipe médico-chirurgicale Oui Non
- Je donne mon accord pour la procédure d'anesthésie Oui Non

Je soussigné(e) (nom et prénom du patient)

.....

Le :

Signature :

Pour patient mineur/majeur protégé

à présenter signé lors de l'admission, le jour de votre hospitalisation

Nous soussignons :

Père* (Nom et prénom) :

Mère* (Nom et Prénom) :

Tuteur*(Nom et Prénom) :

déclarons être les représentants légaux de :

Nom et Prénom :

Né(e) le

Signature des représentants légaux*

Si mineur Signatures conjointes des deux parents ou du tuteur :

Signature
Parent 1

Signature
Parent 2

Signature
Tuteur

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

À remplir, à signer et à apporter le jour de votre entrée

IMPORTANT : En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L.1111-6, CSP, vous pouvez en tant que personne majeure, désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Celle-ci sera consultée dans l'hypothèse où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

Je soussigné(e), Mme, M.....

SOUHAITE désigner la personne de confiance citée ci-dessous :

Identité et coordonnées de la personne de confiance :

NOM et PRÉNOM	N° TELEPHONE	Cette personne légalement capable, est :
		<input type="checkbox"/> Un Conjoint <input type="checkbox"/> Un parent <input type="checkbox"/> Un proche (à préciser) : <input type="checkbox"/> Autres :

- J'ai bien noté qu'à ma demande cette personne de confiance **m'accompagne dans mes démarches afin de m'aider dans mes décisions et assistera éventuellement, après mon accord, aux entretiens médicaux.**
- J'ai bien noté que la personne de confiance **pourra être consultée par le médecin en charge de mon séjour au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté** et de recevoir directement une information médicale nécessaire à cette fin.
- J'ai été informé(e) que cette désignation vaut **pour toute la durée de mon hospitalisation.**
- Je peux révoquer cette décision **à tout moment.**

NE SOUHAITE PAS désigner une personne de confiance, en sachant qu'à tout moment je peux procéder à cette désignation par écrit.

Fait à..... le :

Signature de la personne de confiance :
Précédé de la mention manuscrite (J'approuve cette décision)

Signature du Patient :
(ou représentant légal si mineur)

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE A PRÉVENIR

Cf. livret d'accueil page n°16

À remplir, à signer et à apporter le jour de votre entrée

Ce qu'il faut savoir : Tout patient peut désigner une personne à prévenir au cours de son hospitalisation.

Le rôle de la personne à prévenir :

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'évènement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour, organisation de la sortie de l'établissement, ...)

La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

La personne à prévenir **est identique** à la personne de confiance : OUI NON

SI NON : merci de compléter l'encadré ci-dessous :

Identité et coordonnées de la personne à Prévenir :

NOM et PRÉNOM	N° TELEPHONE	Cette personne à prévenir est :

La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (Loi LEONETTI) a créé 2 articles dans le Code de la Santé Publique et modifiés par la loi n°2016-87 du 02 février 2016 qui disposent que :

Article L1111-11 : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment, à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Article L1111-13 : Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne.

Pour que vos directives anticipées soient prises en compte, sachez les rendre accessibles en complétant l'encadré ci-dessous

Je soussigné (e) Mme, M :

JE NE SOUHAITE PAS établir des directives anticipées

J'AI DEJA REDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPEES, je les ai laissées :

À mon médecin traitant : Dr..... ☎ :

À ma personne de confiance (cf. => fiche de désignation de la personne de confiance)

Autre (Préciser nom/prénom) ☎ :

JE N'AI PAS ENCORE REDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPEES mais je souhaite exprimer ma volonté ci-dessous :

.....

Signature du patient :
(ou représentant légal si mineur)

Fait à..... le :

Votre satisfaction est notre priorité, c'est pourquoi, si vous le souhaitez, vous **recevrez un sms** afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et nous permettra ainsi d'améliorer nos pratiques. Nous vous informons que conformément au RGPD, votre n° de téléphone sera détruit automatiquement après envoi et ne sera en aucun cas partagé avec des tiers à des fins de prospection ou autre (Cf. affiche Consignes RGPD en salle d'attente).

Je consens à participer à l'enquête de satisfaction en répondant au questionnaire que je recevrai par SMS après ma sortie de la clinique **OUI** **NON**

Pour toute question relative à la protection des données, veuillez contacter notre délégué à la protection des données via l'adresse suivante : dpo@hexagone-sante-paris.fr