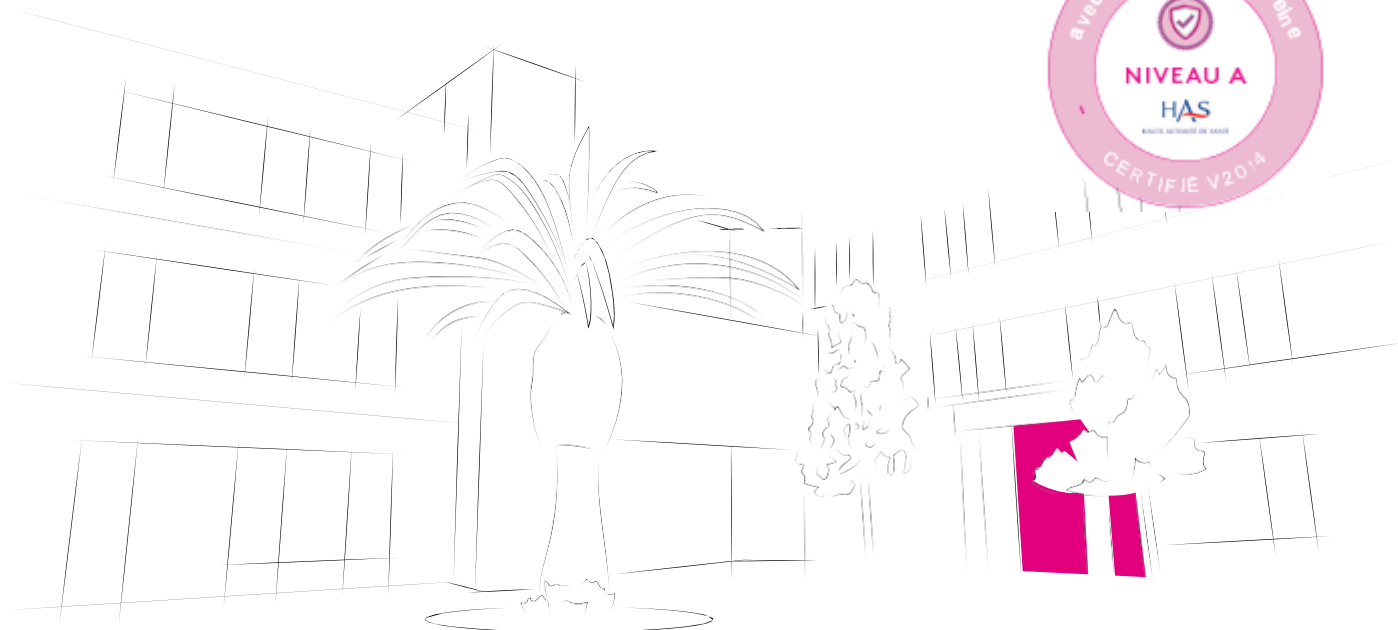




Association Bonneveine - Saint Joseph

**Clinique  
de Bonneveine**



# PASSEPORT

## hospitalisation complète

Ce passeport doit vous accompagner durant toute la durée de votre prise en charge. Vous devez le compléter, le signer et le rapporter **IMPÉRATIVEMENT** :

- Lors de la consultation préanesthésique
- Le jour de votre admission

Le jour de votre hospitalisation, veuillez-vous présenter directement au bureau des admissions au rez-de-chaussée.

### SOMMAIRE

- Vos informations et consentements **À COMPLETER** (parapher et signer)
- Cas particulier : prise en charge de l'enfant
- Consignes pré-opératoires
- Votre admission
- Votre sortie
- De retour à votre domicile

Service de Chirurgie Complète

Tél : 04 96 14 14 47

Mail : [chirurgie@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:chirurgie@clinique-de-bonneveine.fr)

Consultations d'Anesthésie

Tél : 04 96 14 14 04

Mail : [anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr)

# Dossier d'hospitalisation complète

## partie à compléter par le chirurgien

Nom / Prénom du patient :

Date de naissance :

Nom du praticien :

Acte chirurgical :

Entrée prévue le :

### QUESTIONNAIRE DEPISTAGE ATNC (À COMPLÉTER PAR LE CHIRURGIEN)

Le patient est-il atteint ou suspect d'EST (Encéphalite Spongiforme Transmissible)?

OUI                      NON (En cas de doute demander l'avis d'un neurologue)

*Présence, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique (myoclonies, troubles visuels, troubles cérébelleux, troubles pyramidaux, troubles extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique), associé à des troubles intellectuels (ralentissement psychomoteur, démence) ou psychiatriques (dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire) et après élimination de toute autre cause.*

L'acte chirurgical est-il un acte à risque ?      OUI                      NON

*Actes à risque selon n° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs.*

Signature du médecin

### CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

*Prendre rendez-vous pour une consultation pré anesthésique (le plus rapidement possible).*

Avec le Dr :

Tél : 04 96 14 14 04

Mail : [anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr)



En vue de la consultation pré-anesthésique **N'OUBLIEZ PAS D'APPORTER :**

- L'ordonnance de votre traitement médical personnel en cours
- Votre carnet de santé et de vaccination (pour les enfants)
- Les enfants doivent être accompagnés d'un des deux parents
- Vos examens complémentaires : les résultats des analyses biologiques, les radiographies, scanner, l'examen cardiologique (ECG)
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une.
- Votre carte de mutuelle, sécurité sociale
- Votre carte d'identité

## ADMISSION

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) dans le service de chirurgie au 1er étage.

Trois jours avant votre hospitalisation, nous vous demandons de confirmer votre arrivée en contactant le service dans lequel vous serez hospitalisé(e).

(Voir numéro de téléphone ci-dessous)

04 96 14 14 47

Si vous souhaitez transmettre des documents ou joindre le service de chirurgie par mail : [chirurgie@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:chirurgie@clinique-de-bonneveine.fr). Dans l'objet du mail, merci de mettre votre nom, prénom, date de naissance.

Lors de votre admission, vous devez apporter :

- Votre carte de Sécurité Sociale, votre carte de mutuelle, une pièce d'identité
- Vos affaires de toilette
- L'ordonnance des traitements éventuellement en cours
- Les résultats des examens demandés par l'anesthésiste et/ou chirurgiens (imagerie, bilan sanguin)



Pour les chambres particulières, prendre contact avec la cadre du service



# Chirurgie, informations et consentement éclairé

J'ai été informé(e) par le chirurgien :

- Des bénéfices attendus de cette intervention chirurgicale pour ma santé et des alternatives thérapeutiques.
- Des risques de cette intervention en tenant compte :
- D'un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, liés à ma maladie ou à des réactions individuelles imprévisibles, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus ;
- Des risques particuliers liés à l'intervention proposée pour laquelle j'ai éventuellement reçu du chirurgien une note d'information spécifique.

Les risques peuvent être résumés comme suit :

- Les complications infectieuses qu'elles soient locales ou générales ;
- Les complications liées à la technicité du geste opératoire, à la défaillance ou l'usure du matériel implanté ;
- Les complications fonctionnelles liées au non-respect des consignes (délais d'immobilisation, de suspensions d'appui, de modalité de rééducation...)
- Les complications liées à la décompensation de tares d'autres appareils (digestif, cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique, dermatologique, endocrinologique, rénal...)
- Les complications liées à des troubles fonctionnels transitoires ou définitifs pouvant aller jusqu'au décès.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut devoir faire face à un événement imprévu imposant des gestes différents de ceux initialement programmés et j'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait indispensable conformément aux connaissances médicales actuelles. Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et avoir compris les explications données en réponse.

D'un commun accord, nous avons convenu d'un délai entre la consultation et l'intervention éventuelle ; ce délai tient compte du caractère d'urgence de l'intervention, des disponibilités de

l'équipe chirurgicale et de mes souhaits ; dans cet intervalle le chirurgien se rendra disponible pour répondre à d'éventuelles demandes d'informations complémentaires que je ferais directement ou par l'intermédiaire de mon médecin traitant.

Je m'engage à :

Suivre les traitements médicamenteux (par voie orale ou par voie injectable) qui me seront prescrits. Je pourrai, à tout moment, demander des informations complémentaires concernant ces prélèvements et ces traitements.

Me rendre aux consultations et à me soumettre aux soins prescrits en pré et postopératoire.

J'ai été avisé(e) que conformément à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades, mon dossier médical pourra m'être communiqué à ma demande. Le ou les médecin(s) que je désignerai recevront le compte rendu de mon intervention et toutes les informations utiles à ma prise en charge médicale.

Je déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin-Patient qui nous lie lors de toutes interventions ;

Je certifie :

- L'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- Ne pas avoir caché ou dissimulé d'éléments nécessaires au Dr ..... pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité.

Nom :

Prénom :

Signez ici :

La radiographie utilise des rayons X

En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes tels que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que le temps d'exposition aux rayons. Compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée, ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel. A titre d'exemple, un cliché simple correspond en moyenne à l'exposition moyenne naturelle (soleil) subie lors d'un voyage de 4 heures en avion. Toutefois, pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

L'échographie n'utilise pas de rayons X

C'est un examen non irradiant qui utilise les propriétés des ultrasons pour l'échographie. Pour les intensités utilisées par cette technique, il n'a jamais été décrit de conséquence particulière pour l'Homme.

# Questionnaire médical

## (à remplir par le patient)

Sexe :  Féminin  Masculin

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

Signez ici :

— 1 - AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, RÉGIONALE OU LOCALE ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, précisez le type d'intervention et la date ?			
Si vous avez eu des complications, précisez lesquelles ?			
— 2 - AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ TRANSFUSÉ(E) ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, avez-vous eu des contrôles post-transfusionnels ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
— 3 - ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, lesquels ?			
— 4 - PRENEZ-VOUS ?			
De l'aspirine ou un de ses dérivés ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Des anticoagulants ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
— 5 - ÊTES-VOUS ENCEINTE ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
— 6 - ÊTES-VOUS FUMEUR ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Si oui, nombre de cigarettes par jour :			
— 7 - ÊTES-VOUS ALERGIQUE À UN MÉDICAMENT ?			
Antibiotique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Aspirine	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Anti-inflammatoire	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Autres :			
Injection de produits de contraste pour radiographie	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Aliments	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
Produits en latex (ou en caoutchouc)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS

— 8 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS CARDIOVASCULAIRES ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 9 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS PULMONAIRES ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 10 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 11 - AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES ?			
De diabète ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
De cholestérol ou de triglycérides ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
De thyroïde ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, précisez			
— 12 - CONCERNANT LES PROBLÈMES DENTAIRES ?			
Portez-vous une prothèse dentaire ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Avez-vous des dents qui bougent ou susceptibles de tomber ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Avez-vous des bridges ou des dents sur pivots ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
— 13 - PORTEZ-VOUS DES VERRES DE CONTACT ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
— 14 - UN PROBLÈME CONCERNANT VOTRE SANTÉ A ÉTÉ OUBLIÉ PAR CE QUESTIONNAIRE ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> NE SAIS PAS
Si oui, précisez			

Nom :

Prénom :

Signez ici :

# Anesthésie, informations et consentement éclairé

Nous vous demandons de le lire attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste- réanimateur. Vous pouvez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

## QU'EST-CE QUE L'ANESTHESIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, etc.) en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésies :

L'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance, et vous reverrez l'anesthésiste avant votre intervention. Comme l'anesthésie, les consultations sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information.

Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

## COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ(E) PENDANT L'ANESTHESIE ET A VOTRE REVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post interventionnelle, vous serez pris(e) en

charge par un personnel infirmier spécialisé et qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

## QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHESIE ?

Tout acte médical, même conduit 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 les anomalies et de les traiter.

## QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHESIE GENERALE ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

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 passagers.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de la concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

## QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHESIE LOCOREGIONALE ?

Après une rachianesthésie ou une péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.

Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de la vision ou de l'audition.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sens sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

### ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHESIE

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes- réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation pré anesthésique.

Néanmoins, l'anesthésiste consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie-réanimation.

### QU'EN EST-IL DE LA DOULEUR ?

Vous allez être opéré(e) prochainement et vous pouvez craindre d'avoir mal après l'intervention. N'hésitez pas à poser à votre médecin anesthésiste-réanimateur, toutes les questions que vous jugerez utiles.

Vous recevrez des informations sur les méthodes d'évaluation de la douleur et sur les traitements les plus adaptés. Les médecins qui vont s'occuper de vous disposent de médicaments ou de techniques permettant de soulager la douleur post-opératoire.

Ces moyens peuvent être utilisés isolément ou en association. Les principaux médicaments sont les suivants.

Le paracétamol, les anti-inflammatoires, la morphine ou ses dérivés, les anesthésiques locaux. Selon le médicament, l'administration se réalisera par voie générale, péridurale ou

autour des nerfs périphériques. Une technique nécessitant votre participation peut vous être également proposée. Il s'agit de l'Analgésie Contrôlée par le Patient, également appelée PCA.

Quelle que soit la technique proposée, un(e) infirmier(e) passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé(e).

A cette occasion, sachez lui faire part de somnolence, nausées, douleur d'estomac, démangeaisons et surtout n'oubliez pas de bien signaler toute douleur persistante : ceci permettra d'apporter un traitement à ces désagréments.

### QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel lors de la consultation d'anesthésie et par l'

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr .....

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) 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 méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires
- Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste-réanimateur.
- J'accepte de subir les prélèvements (sang, divers ou etc.) nécessaires au diagnostic et à ma prise en charge.
- J'accepte de subir un dépistage VIH si cela est jugé utile par mes médecins.

Nom :  
Prénom :  
Signez ici :

# Autorisation à compléter par le patient

## TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES À DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Je demande  Je refuse

Que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au médecin de mon choix désigné ci-après.

Nom et Prénom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signez ici :

## PERSONNE À PRÉVENIR

*Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.*

J'autorise la clinique à contacter, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél domicile :

Tél portable :

J'autorise /  Je n'autorise pas, dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droits en cas de décès.

Signez ici :

## PERSONNE DE CONFIANCE

**IMPORTANT :** *En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L 111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.*

J'autorise la clinique à contacter, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Je soussigné(e),

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Souhaite désigner une personne de confiance :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

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

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  Oui  Non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signez ici :

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'ai rédigé mes directives anticipées :

Je les remets à l'équipe

Elles sont disponibles auprès de M/Mme

N° de téléphone :

Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées :

Pour plus d'information sur les directives anticipées s'adresser à l'équipe, consulter le livret d'accueil ou le site internet.

Signez ici :

## ENGAGEMENT PATIENT

Je m'engage à régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de sécurité sociale ou par la complémentaire santé, correspondant au forfait journalier, à la totalité des frais d'hospitalisation si je ne bénéficie d'aucune prise en charge et au complément pour honoraires libres fixés par le praticien. Je m'engage à régler les frais des éventuelles prestations supplémentaires que je demanderai lors de mon admission selon les tarifs en vigueur (wifi, espace individuel, etc). J'atteste avoir été informé(e) que les chambres particulières ne sont attribuées que le jour de l'admission en fonction des disponibilités.

Signez ici :

# Cas particulier

## Patient mineur ou incapable majeur

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'incapable majeur) désigné ci-dessous :

Identité du mineur ou incapable majeur

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### Important



Selon la loi du 4 mars 2002, les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale, celle-ci étant exercée en commun. En conséquence, la signature des deux parents est obligatoire. (Dans le cas contraire, il faut que vous apportiez la preuve que vous exercez seul(e) l'autorité parentale). Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature et une photocopie de sa carte d'identité par fax ou par courrier. Ce document doit être impérativement remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'admission de l'enfant. Si l'un des deux parents détenteur de l'autorité parentale n'est pas joignable, vous devez demander au juge des enfants de prendre une ordonnance pour autoriser l'intervention chirurgicale de votre enfant.

#### LA MÈRE DE L'ENFANT

Ou autre détenteur de l'autorité parentale  
Ou tuteur (incapable majeur)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Mère  
ou autre détenteur de l'autorité parentale  
ou tuteur

Signature :

#### LE PÈRE DE L'ENFANT

Ou autre détenteur de l'autorité parentale  
Ou tuteur (incapable majeur)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Père  
ou autre détenteur de l'autorité parentale  
ou tuteur

Signature :

Le jour de l'hospitalisation, la présence d'un des deux parents est indispensable avec le livret



## Documents obligatoires le jour de l'intervention

- ✓ Livret de famille - Cartes d'identité des deux parents
- ✓ Jugement des tutelles - Carte d'identité du tuteur
- ✓ Carnet de santé - Carnet de vaccination
- ✓ Résultats bilan sanguin si demandé - Radiographies scanner, IRM, si demandé

Merci de transmettre les documents au plus tard le jour de l'admission par mail à l'adresse :

[admissions@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:admissions@clinique-de-bonneveine.fr)



# Consignes pré-opératoires

Visionnez la vidéo ici



## LA DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE

La préparation cutanée contribue à la prévention des infections du site opératoire. Les infections du site opératoire sont souvent d'origine endogène c'est-à-dire que les micro-organismes responsables de l'infection proviennent du patient lui-même. Ils ne peuvent jamais être supprimés totalement, mais seulement diminués considérablement lors de la dépilation et la douche pré-opératoire.

Comment réaliser cette préparation cutanée avant l'intervention ?

	<p><b>Étape 1 :</b> Se couper les ongles, enlever le vernis à ongle, retirer tous les bijoux, percing</p>		<p><b>Étape 2 :</b> Effectuer un shampoing</p>		<p><b>Étape 3 :</b> Savonner le visage et le corps</p>		<p><b>Étape 4 :</b> Savonner le corps entier</p>
	<p><b>Étape 5 :</b> Insister sur l'ombilic, le sillon sous mammaires, les plis, les ongles, les espaces interdigitaux</p>		<p><b>Étape 6 :</b> Bien savonner en dernier la région génito-anale</p>		<p><b>Étape 7 :</b> Rincer entièrement</p>		<p><b>Étape 8 :</b> Sécher minutieusement avec une serviette propre</p>

NOTA BENE : Pensez à vous brosser les dents

	1 <sup>ère</sup> douche	2 <sup>ème</sup> douche
Si intervention chirurgicale	La veille au domicile	Le matin au domicile
Si intervention en endoscopie	Une douche seulement le matin de l'examen au domicile	

## LA DÉPILATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Dans un souci d'efficacité et de sécurité, elle est recommandée si la pilosité est importante ou gênante pour le geste opératoire. La zone à dépiler vous sera spécifiée par le chirurgien.

L'usage d'un **RASOIR MÉCANIQUE** est **INTERDIT**.

La dépilation doit être effectuée à l'aide d'une **TONDEUSE** ou (mieux) à l'aide d'une **CRÈME DÉPILATOIRE** moins de 24h avant l'intervention. La dépilation à la cire est possible si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention. Dans le cas où vous ne pouvez prendre en charge votre dépilation, celle-ci sera réalisée par l'équipe soignante à la clinique.

**Le non-respect des consignes élémentaires de douche et de dépilation pré-opératoires peut entraîner le report de votre intervention.**

**Nous vous demandons d'entrer en clinique avec les ongles des mains et des pieds coupés, brossés, sans vernis à ongles même incolore, sans bijoux et sans piercing.**



# Consignes post-opératoires pour la prévention du risque infectieux

1. Lavez-vous les mains le plus fréquemment possible **ET DE FACON SYSTEMATIQUE** après être allé aux toilettes et après avoir manger
2. Ne touchez pas votre pansement

## Autorisation de soins par les stagiaires

Notre établissement travaille en collaboration avec des instituts de formations en soins infirmiers. Les stagiaires présents dans notre établissement sont sous la responsabilité d'un maître de stage et d'un tuteur.

Il s'agit de stagiaires en soins infirmiers.

Tous les actes pratiqués par ces stagiaires sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmières.

J'accepte /  Je ne souhaite pas la présence et les soins effectués par les stagiaires

Signez ici :

## Informations relatives a la prise de médicaments au cours de l'hospitalisation

### QUELS SONT LES RISQUES INDUITS PAR LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables liés au produit lui-même, quand sa concentration est trop importante dans votre organisme ou quand vous réagissez anormalement en sa présence.

Les effets indésirables peuvent aussi être liés à une erreur d'utilisation d'un médicament. Ils peuvent survenir si vous ne respectez pas les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante, par exemple, si vous modifiez vous-même votre traitement ou si vous prenez un autre médicament sans demander leur avis.

La prise de nombreux médicaments majore par ailleurs considérablement le risque de survenue d'effets indésirables. Des études ont montré que vous êtes particulièrement susceptible d'avoir des effets indésirables liés à la prise d'un médicament si vous avez :

- Plus de 75 ans
- Ou plus de 65 ans et une ou plusieurs maladies associées.

### PEUT-ON ÉVITER LES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?

Des études ont montré que 30 à 60% des effets indésirables étaient prévisibles et pouvaient donc être évités si toutes les règles de bonne utilisation des médicaments étaient respectées.

### COMMENT POUVEZ-VOUS DIMINUER LE RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?

- Pensez à emporter avec vous vos ordonnances.
- Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (y comprises collyres, les pommades, les compléments alimentaire ...)
- Vous ne devez pas prendre de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus en ville sans ordonnance.
- Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise...
- N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

### POURQUOI EST-IL DANGEREUX DE PRENDRE DES MÉDICAMENTS SANS L'AVIS DU MÉDECIN OU DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ?

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.

En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des

précautions d'emploi ou même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

**L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite** notamment pour éviter tout risque de surdosage. En effet, une même molécule peut être commercialisée sous différents noms.

### QUELS SONT LES MÉDICAMENTS LES PLUS À RISQUE ?

Certains médicaments nécessitent une attention plus particulière en raison de risques majorés dans votre cas, en particulier :

- Les anticoagulants oraux (encore appelés anti-vitamines K)
- Les médicaments du diabète
- Les médicaments des affections cardiaques et vasculaires.
- Tous les anti-inflammatoire, même ceux utilisés contre la douleur (y compris l'aspirine)
- Les tranquillisants et les somnifères.

Pour ces médicaments, il est donc d'autant plus important de respecter les instructions et les conseils du médecin et de l'équipe soignante.

### QUELS SONT LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER SUR UN EFFET INDÉSIRABLE LIÉ À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?

D'après les études qui ont été réalisées et les cas signalés, les signes les plus fréquemment observés sont :

- Une somnolence
- Une fatigue inhabituelle
- Des sensations de malaise, d'étourdissement
- Des vertiges ou même une chute
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- Des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- Des saignements.

### QUE DEVEZ-VOUS FAIRE LORSQUE VOUS SUSPECTEZ UN EFFET INDÉSIRABLE LIÉ À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?

Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante le plus rapidement possible. Ils vous indiqueront ce qu'il convient de faire.

## POUR VOTRE SECURITE

**L'ensemble de votre traitement médicamenteux habituel doit être remis aux infirmières lors de votre hospitalisation et la prise de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite.**

Je déclare avoir reçu l'information concernant :

- Les risques potentiels liés au surdosage et aux interactions, lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments tout au long de mon hospitalisation.
- L'interdiction de l'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement

Je m'engage à remettre aux infirmières **tous les médicaments** nécessaires à mon traitement habituel

**Article 13 de l'arrêté du 16 avril 2011 :** " (...) il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement ". Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord écrit des prescripteurs précités »

Fait à marseille, le

Signez ici :



# Votre avis nous intéresse !

## (ENQUÊTE E-SATIS HOSPITALISATION COMPLETE)



Notre établissement est engagé dans la démarche nationale de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés E-satis, copilotée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Ministère chargé de la Santé.

Partagez votre expérience d'hospitalisation et votre niveau de satisfaction, et participez à l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé.

### POUR CELA, 2 GESTES SIMPLES :

- Donnez votre adresse mail lors de votre admission ou en remplissant le questionnaire de sortie;
- Répondez au questionnaire national e-Satis (sécurisé et anonymisé) que vous recevrez par mail 2 semaines après votre hospitalisation.

Chaque établissement reçoit ses résultats en continu et un score global de satisfaction est consultable par tous sur le site [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)

### PRÉVENIR ET SOULAGER LA DOULEUR

Nous mettons en œuvre les principes du contrat d'engagement de la lutte contre la douleur (Circulaire 2002-266 du 30 avril 2022). Une évaluation de votre douleur est réalisée à votre admission et tout au long de votre séjour.

Tous les professionnels qui vous prendront en charge vous aideront à reconnaître, à prévenir, soulager et évaluer votre douleur.

Un Comité de lutte contre la douleur (CLUD) existe au sein de notre établissement afin de coordonner, orchestrer et évaluer toutes les démarches de prise en charge de la douleur et mettre en place des actions d'améliorations.



### REPRÉSENTANTS DES USAGERS

En cas de réclamation, ils sont à votre écoute et peuvent vous conseiller et vous aider



**Qui sont-ils ?** Des bénévoles, membres d'une association agréée par le Ministère de la santé.

### Quelles sont leurs missions ?

- Veiller au bon suivi de vos plaintes et réclamations
- Veiller au respect de vos droits et faciliter vos démarches
- Améliorer votre prise en charge et la politique d'accueil de la Clinique Les contacter : [ru@clinique-de-bonneveine.fr](mailto:ru@clinique-de-bonneveine.fr)



### DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

La clinique Bonneveine dépose dans votre Espace Santé vos documents de sortie (lettre de liaison, compte rendu opératoire, ordonnances de sortie,...)

Prenez votre espace en main :

[www.monespacesante.fr](http://www.monespacesante.fr)



### TRANSPORTS SANITAIRES

Votre praticien vous a peut-être prescrit un transport sanitaire pour votre arrivée ou votre départ d'hospitalisation. Sachez que la Sécurité Sociale rembourse les frais de transport de votre accompagnant en 48 heures (30 centimes/km+ péage). Cela pourra vous éviter de dépendre de la disponibilité d'un transporteur agréé (environ 4 H d'attente)

[www.mrs.beta.gouv.fr/demande](http://www.mrs.beta.gouv.fr/demande)

# La charte de la personne hospitalisée

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

- 1** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

---
- 2** Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

---
- 3** L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

---
- 4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

---
- Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

---
- 6** Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

---
- 7** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

---
- 8** La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

---
- 9** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

---
- 10** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droits en cas de décès bénéficient de ce même droit.

---
- 11** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

*\*Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible en plusieurs langues et en braille sur le site Internet [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.*

# Clinique de Bonneveine

## SERVICES EXTERNES

CENTRE DE CONSULTATIONS PLURIDISCIPLINAIRE

consultations@clinique-de-bonneveine.fr  
04 96 14 14 59 / 04 96 14 14 15

CENTRE RÉÉDUCATION ZENATTI

consultations@clinique-de-bonneveine.fr  
04 88 22 46 15

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

laboratoire@clinique-de-bonneveine.fr  
Tél : 04 96 14 12 00

IMAGERIE MÉDICALE

imagerie@clinique-de-bonneveine.fr  
04 96 14 13 12 / 04 96 14 13 99

### SERVICE DE GARDE MÉDICALE NON PROGRAMMÉ

(Service de garde médical sans rendez-vous.) Merci de vous faire enregistrer au secrétariat du service d'imagerie médicale  
Du lundi au vendredi de 08h00 à 18h30 et le samedi de 09h00 à 12h00

### PÔLE RÉÉDUCATION

(Orthophonie, APA : Activité Physique Adaptée, Coach vocal, Kinésithérapie, Psychomotricienne...)

hopitaldejour@clinique-de-bonneveine.fr  
06 18 04 05 21

## PARCOURS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE

CENTRE D'EXPERTISE DES PATHOLOGIES DU SOMMEIL

Prise de rendez-vous

consultations@clinique-de-bonneveine.fr  
04 96 14 14 59 / 04 96 14 14 15

HÔPITAUX DE JOUR SOMMEIL

06 22 34 96 55

CENTRE EUROPÉEN D'EXPERTISE DE L'ÉLOQUENCE ET DE LA VOIX

hopitaldejour@clinique-de-bonneveine.fr  
06 23 71 06 39

PARCOURS TROUBLES FONCTIONNELS DE LA COMMUNICATION, DÉGLUTITION ET PHONATION

hopitaldejour@clinique-de-bonneveine.fr  
06 23 71 06 39

PARCOURS DE SOINS AU FÉMININ

(Endométriose, métrorragies, troubles ménopause, SOPK,...)

hopitaldejour@clinique-de-bonneveine.fr  
06 18 04 21 03

DÉPARTEMENT INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS DE SUPPORT ET INTÉGRATIVE EN CANCÉROLOGIE

supportoncologie@clinique-de-bonneveine.fr  
06 09 67 18 89

PARCOURS RÉÉDUCATION PARKINSON (PEGASE)

reeducation.parkinson@clinique-de-bonneveine.fr  
06 22 34 00 97

## PÔLE SANTÉ HANDICAP

PARCOURS GLOBAL DE PRISE EN CHARGE

(Dispositif télé-médecine, Équipe mobile, Consultations dédiées, Consultation dentaires HDJ, Hospitalisation)

pole.handicap@clinique-de-bonneveine.fr  
06 23 39 49 39

## AUTRES ACTIVITÉS

MAGASIN DE MATÉRIEL MÉDICAL

materiel.medical@clinique-de-bonneveine.fr  
04 91 18 09 51

CENTRE DENTAIRE BONNEVEINE

dentaire.bonneveine@clinique-de-bonneveine.fr  
04 96 14 14 73

CENTRE DENTAIRE CANEBIERE

dentaire.canebiere@clinique-de-bonneveine.fr  
7 Square Stalingrad 13001 Marseille  
04 91 08 45 60



89 boulevard du Sablier - 13008 Marseille

Tél. : 04 96 14 14 14 • Fax : 04 96 14 14 00

<http://clinique-de-bonneveine.fr/>

### Accès

Voiture Parking gratuit

Bus Ligne 44 à partir du Rond-Point du Prado / Arrêt -Clinique

