Association Bonneveine - Saint Joseph
Clinique de Bonneveine



PASSEPORT AMBULATOIRE

CE PASSEPORT DOIT VOUS ACCOMPAGNER
DURANT TOUTE LA DURÉE DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Vous devez le compléter et signer les fiches de renseignements du dossier et le ramener IMPÉRATIVEMENT :
• Lors de la consultation pré-anesthésique
• Le jour de votre admission

Le jour de votre hospitalisation, **veuillez-vous présenter directement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire au 1er étage.**

CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Prise de RDV : 04 96 14 14 04 • anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr

PRENDRE RENDEZ-VOUS 7/7J - 24/[redacted] Doctolib

IMPORTANT, APPORTER EN VUE DE LA CONSULTATION :
• L'ordonnance de votre traitement personnel en cours
• Vos résultats d'examens : analyses biologiques, radiographies, scanner, cardiologique (ECG)
• Votre carte d'identité
• Vos cartes de sécurité sociale et complémentaire santé

Enfant :
• Les enfants doivent être accompagnés d'un des deux parents
• Carnet de santé et vaccination (pour les enfants) **OBLIGATOIRE**.
• Livret de famille, jugement de tutelle

Vous devez être à jeun à .....à partir du .....

SERVICE CHIRURGIE AMBULATOIRE (1er étage)
Tél. : 04 96 14 13 73 / Mail : ambulatoire@clinique-de-bonneveine.fr

Questionnaire MÉDICAL

(A compléter par le patient)

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Taille : ..... Poids : ..... Groupe sanguin: .....

1 Avez-vous déjà eu une anesthésie générale, régionale ou locale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait 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) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, avez-vous eu des contrôles post-transfusionnels ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

3 Actuellement, prenez-vous des médicaments ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

4 Prenez-vous ?

De l'aspirine ou un de ses dérivés ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Des anticoagulants ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

5 Etes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

6 Etes-vous fumeur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....

7 Etes-vous allergique à un médicament ?

- Antibiotique

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Aspirine

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Anti-inflammatoire

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Autres : .....

- Injection de produits de contraste pour radiographie

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Aliments

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

- Produits en latex (ou en caoutchouc)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

8 Avez-vous des antécédents cardiovasculaires ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

9 Avez-vous des antécédents pulmonaires ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

10 Avez-vous des antécédents neurologiques ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

11 Avez-vous des problèmes ?

- De diabète ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- De cholestérol ou de triglycérides ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- De thyroïde ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

12 Concernant les problèmes dentaires ?

- Portez-vous une prothèse dentaire ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Avez-vous des dents qui bougent ou susceptibles de tomber ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

- Avez-vous des bridges ou des dents sur pivots ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

13 Portez-vous des verres de contact ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

14 Un problème concernant votre santé a été oublié par ce questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ? .....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Signature :

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE CHIRURGIEN ET L'ANESTHÉSISTE

Nom / Prénom du patient :
.....
Date de naissance :
.....
Nom du praticien :
.....
Acte chirurgical :
.....
Entrée prévue le :
.....

• Traitement à arrêter :
.....
• Prendre votre traitement dans un fond de verre d'eau
- Habituel

- ..... à .....heures

	CHIRURGIEN	ANESTHÉSISTE
1. ELIGIBILITE DU PATIENT	☐ **OUI** ☐ **NON**	☐**OUI** ☐**NON**
2. DEPISTAGE EST (Encéphalite Spongiforme Transmissible)	☐ **OUI** ☐ **NON**	
Le patient est-il atteint ou suspect d'EST ? *Présence, d'apparition récenteet d'évolution progressivesans 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. (En cas de doute demander l'avis d'un neurologue)*	☐**OUI** ☐**NON**	
L'acte chirurgical est-il un acte à risque ? *Actesà 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.*	☐**OUI** ☐**NON**	
3. REMISE AU PATIENT D'UNE PRESCRIPTION D'ANTALGIQUE ANTICIPEE (Le patient dispose de son traitement à son retour au domicile)	☐**OUI** ☐**NON**	
4. SOINS / SUIVI POST-OPERATOIRE	☐**OUI** ☐**NON**	
☐ **IDE Libérale** ☐ **Masseur Kinésithérapeute** ☐ **Assistante Sociale** ☐ **Pharmacie**		
	Signature médecin	Signature médecin

Ce passeport ambulatoire avant une intervention chirurgicale ou un acte endoscopique avec ou sans anesthésie est à compléter, à signer et à rapporter impérativement pour la consultation pré-anesthésique, et lors de votre admission.
Il sera inséré dans votre dossier médical.

Chirurgie

INFORMATION 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 aux 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.

Je m'engage à 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 ;

Je certifie ne pas avoir caché ou dissimulé d'éléments nécessaires Dr ..... pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée

Nom :
.....
Prénom :
.....
Signature :

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.

Anesthésie
INFORMATION–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 surveille(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 inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?
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 inconvénients 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 sentions sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de millier 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-réanimateur 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 postopératoire. Ces moyens peuvent être utilisés isolement ou en association. Les principaux médicaments sont les suivants :

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) infirmièr(e) passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé(e).

A cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (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 tranfusion SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique transfusionnel lors de la consultation d'anesthésie et par l'infirmière en service.

Nom :

.....

Prénom :

.....

Signature :

Autorisations

A COMPLÉTER PAR LE PATIENT

TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES À DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

 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 : .....

Tél. : .....

Signature :

PERSONNE À PRÉVENIR

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.

Signature :

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 L111-6, 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.*

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.

Signature :

DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'airédigé 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.

Signature :

ENGAGEMENT PATIENT

Je m'engageà régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, 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.

Signature :

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. Il sera inséré dans votre dossier médical.

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 de famille.

Documents obligatoires le jour de l'intervention

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

Vous présentez avec tous les documents le jour de l'admission ou les transmettre par mail minimum 24h avant l'admission à l'adresse : **ambulatoire@clinique-de-bonneveine.fr**

Consignes
PRÉ-OPÉRATOIRES

LA DOUCHE PRÉ-OPERATOIRE

Pourquoi réaliser cette préparation cutanée avant l'intervention ?

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 ?



Étape 1 :
Se couper les ongles, enlever le vernis à ongle, gel, faux ongles



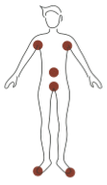
Étape 2 :
Effectuer un shampoing



Étape 3 :
Savonner le visage, le corps et enlever les faux cils



Étape4 :
Savonner le corps entier et enlever les bijoux - piercing



Étape 5 :
Insister sur l'ombilic, le sillon sous mammaires, les plis, les ongles, les espaces interdigitaux



Étape 6 :
Bien savonner en dernier la région génito-anale



Étape 7 :
Rincer entièrement



Étape 8 :
Sécher minutieusement avec une serviette propre

	1ère douche	2ème 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

L'usage d'un **RASOIR MECANIQUE** 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.



PRÉCAUTIONS

Nous vous demandons d'arriver le jour de l'intervention **avec les ongles des mains et des pieds coupés, brossés, sans vernis à ongles même incolore, ni faux ongles ou faux cils, sans bijoux et sans piercing.**



Important

LE NON-RESPECT DES CONSIGNES DÉCRITES CI-DESSUS ENTRAÎNERA LE REPORT DE VOTRE INTERVENTION.

Consignes

SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

J-1 LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Sauf avis contraire du chirurgien si votre intervention est programmée :
LE MATIN : vous devez être à jeun depuis minuit / **L'APRÈS-MIDI :** vous devez être à jeun depuis 7h00 du matin

Important

Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge et de diminuer les délais d'attente avant votre intervention : **UNE SECRÉTAIRE VOUS APPELERA LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION POUR VOUS DONNER L'HEURE DE CONVOCATION OU LE VENDREDI SI VOTRE INTERVENTION EST PRÉVUE LE LUNDI.**

NUMÉROS UTILES

Pour toutes questions relatives à la prise en charge administrative (documents à récupérer, compte rendu, etc....) **et pour les questions relatives aux heures de convocation, annulation ou report de votre intervention**	**04 96 14 13 73**
Pour toutes questions médicales ou suivi post-opératoire	**04 96 14 14 41**

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

Vous allez être hospitalisé en chirurgie ambulatoire, vous pouvez demander un espace individuel avec un supplément tarifaire de 35€, EN FONCTION DES DISPONIBILITES.

Ce supplément peut être pris en charge par votre mutuelle (à vérifier avec celle-ci).

Pour plus de renseignements, contacter le secrétariat au numéro ci-dessus.

LE JOUR DE VOTRE ENTRÉE

Le jour de votre entrée, veuillez vous présenter **au secrétariat du service au 1er étage**.
POUR VALIDER VOTRE ADMISSION, VOUS DEVEZ APPORTER :
- Une pièce d'identité ;
- Votre carte vitale et/ou votre attestation ou carte européenne d'assurance maladie ;
- L'attestation CMU (si vous en bénéficiez) ;
- Le PASSEPORT AMBULATOIRE avec l'ensemble des consentements signés ;
- Vos radios, résultats bilans biologiques pré-opératoires et ECG en rapport avec votre intervention ainsi que l'ordonnance de votre traitement en cours.

Le non remise d'un des documents cités ci-dessus entraînera le report de votre intervention.

LES CONSIGNES
• Revêtir la tenue préopératoire
• Enlever toutes les prothèses (dentier, lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives,...)
• Retirer bijoux, piercing, maquillage, vernis à ongles sur les mains et les pieds
• Brossage de dents pour les interventions en stomatologie

LES PRESTATIONS
Tous les espaces sont :
• Climatisés,
• Equipés de casiers individuels sécurisés pour conserver vos objets de valeur durant votre séjour.

Votre sortie

AVANT LE DÉPART, VOUS DEVREZ VOUS RENDRE À L'INFIRMERIE DU SERVICE AMBULATOIRE AFIN DE PROCÉDER AUX FORMALITÉS ADMINISTRATIVES DE SORTIE.

L'AUTORISATION DE SORTIE :

Vous ne pourrez sortir du service de chirurgie ambulatoire **qu'après l'autorisation donnée par le médecin. En fonction de votre état de santé, votre chirurgien et/ou le médecin anesthésiste peuvent décider de vous garder en hospitalisation complète. Il en est de même si vous n'avez pas de personne accompagnante.**

Néanmoins, si vous souhaitez quitter l'établissement **« contre avis médical », vous devez signer une décharge.** Dans ce cas, vous reconnaissez avoir été informé des risques encourus consécutifs à votre décision. Vous ne pourrez pas bénéficier d'un transport en VSL (Véhicule Sanitaire Léger), ambulance ou taxi sauf prescription du chirurgien.

Avant votre sortie, les documents suivants vous seront remis :
- Un certificat d'hospitalisation
- Un bulletin de sortie
- Vos ordonnances de sortie
- Les conduites à tenir post-opératoires
- Un arrêt de travail ou un bulletin de situation faisant foi pour le jour de l'intervention
- La lettre de liaison de sortie

LES FRAIS DE SÉJOUR :

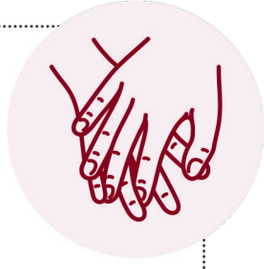
Les frais d'hospitalisation restant à votre charge comprennent :
• La participation Assuré (si votre complémentaire santé ne pratique pas le tiers payant)
• Eventuellement le ticket modérateur
• Les suppléments hôteliers demandés
Si vous ne relevez d'aucun organisme d'assurance maladie, les frais vous seront facturés dans leur intégralité.

Questionnaire
DE SATISFACTION :



Nous vous remercions de bien vouloir remplir le questionnaire de satisfaction interne qui vous est remis lors de votre admission. Vos remarques et vos suggestions nous permettront d'améliorer la qualité des soins et des prestations.

Personne
ACCOMPAGNANTE
(à compléter par le patient) :



Nom .....
Prénom : .....
Tél. : .....

Important

Vous ne devez pas partir seul et surtout ne pas conduire après l'intervention.
UNE PERSONNE DEVRA VOUS RACCOMPAGNER. Ne pas oublier de prendre ses coordonnées et de les communiquer au service à votre entrée.



De retour

A VOTRE DOMICILE



Le soir et la nuit

APRES VOTRE INTERVENTION

Nous vous demandons de respecter les points suivants :

- Vous ne devez pas rester seul(e) chez vous le soir de l'intervention jusqu'au lendemain
- Vous ne devez rien prévoir à votre sortie : ne pas conduire, ne pas travailler, ne pas prévoir de rendez-vous important
- Vous ne devez pas utiliser d'appareil dangereux
- Ne pas prendre de somnifère, d'alcool pendant les 24 heures
- Prendre de repas légers et ne pas fumer

Le lendemain

DE VOTRE INTERVENTION

Vous serez contacté dans le cadre de **«l'appel du lendemain »** par un membre du personnel du service afin de nous assurer du bon déroulement des suites oératoires.

En cas

DE PROBLÈME

En cas de complications post-opératoires de retour à votre domicile, vous pouvez contacter la clinique à partir des coordonnées mentionnées sur le **bulletin de sortie** qui vous a été remis à votre départ du service.

Votre avis nous intéresse !

(ENQUÊTE E-SATIS CHIRURGIE AMBULATOIRE)



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.

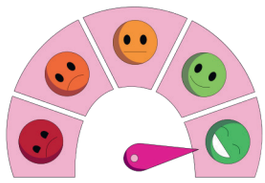
Partagez votre expérience d'hospitalisation et votre niveau de satisfaction, et participez à l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé.

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**

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 reconnaitre, 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



Encas 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**

MON ESPACE SANTÉ

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



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

Notes
PERSONNELLES

Notes
PERSONNELLES

Association Bonneveine - Saint Joseph
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 RÉEDUCATION ZENATTI
consultations@clinique-de-bonneveine.fr
04 88 22 46 15

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
labobonneveine@hopital-saint-joseph.fr
04 88 67 84 28

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

PÔLE RÉÉDUCATION
(Orthophonie, APA : Activité Physique Adaptée, Coach vocal, Kinésithérapie, Psychomotricienne...)
06 27 55 68 65

PARCOURS SPÉCIFIQUES DE PRISE EN CHARGE

CENTRE D'EXPERTISE DES PATHOLOGIES DU SOMMEIL
Prise de RDV: consultations@clinique-de-bonneveine.fr
04 96 14 14 15
HÔPITAUX DE JOUR SOMMEIL : 06 26 34 46 67

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
04 96 14 13 25 / 06 09 67 18 89

PARCOURS RÉÉDUCATION PARKINSON (PEGASE)
reeducation.parkinson@clinique-de-bonneveine.fr
06 27 55 68 65

PÔLE SANTÉ HANDDIICAP

PARCOURS GLOBAL DE PRISE EN CHARGE (Dispositif télémédecine, Équipes mobiles, Consultations dédiées, Consultations dentaires, HDJ, Hospitalisation)
pole.handicap@clinique-de-bonneveine.fr
06 23 39 49 39

AUTRES ACTIVITES

MAGASIN DE MATÉRIEL MEDICAL
materiel.medical@clinique-de-bonneveine.fr
06 46 79 39 48

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



Nous trouver

Clinique de Bonneveine
89 boulevard du Sablier 13008 Marseille
(ligne 44 : arrêt clinique)

Clinique de Bonneveine
Clinique de BONNEVEINE
Site internet

Prise de rendez-vous tous les jours

- Centre consultation : 04 96 14 14 15 ou 04 96 14 14 59
- Service Cardiologie : 04 96 14 12 03
- RDV anesthésie : 04 96 14 14 04
- Mail : anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr

PRENDRE RENDEZ-VOUS SUR Doctolib

Les horaires et les jours de consultation des médecins peuvent évoluer, il se peut que certaines informations soient erronées.