Association Bonneveine - Saint Joseph
Clinique de Bonneveine



HAS Qualité des soins confirmée – Établissement certifié

PASSEPORT HOSPITALISATION COMPLETE CHIRURGIE

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
- Votre retour à votre domicile

Service de Chirurgie Complète
Tél : 04 96 14 14 02
Mail : secretariat.bloc@clinique-de-bonneveine.fr

Consultations d'Anesthésie
Tél : 04 96 14 14 04
Mail : anesthesie@clinique-de-bonneveine.fr

PRENDRE RENDEZ-VOUS SUR Doctolib 7/7J - 24/24H

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 etd'évolution progressivesans rémission,d'au moins unsigne cliniqueneurologique (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 ☐

Actesàrisque selon n° DGS/RI3/2011/449 du1erdécembre 2011 relativeàl'actualisationdesrecommandations 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



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 2ème étage**. Vous pouvez y accéder par l'ascenseur public ou l'escalier central à l'entrée de la Clinique.

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



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

  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 ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?	○ OUI	○ NON	○ 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) ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, avez-vous eu des contrôles post-transfusionnels ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
3 - ACTUELLEMENT, PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, lesquels ?			
4 - PRENEZ-VOUS ?			
De l'aspirine ou un de ses dérivés ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Des anticoagulants ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
5 - ÊTES-VOUS ENCEINTE ?	○ OUI	○ NON	
6 - ÊTES-VOUS FUMEUR ?	○ OUI	○ NON	
Si oui, nombre de cigarettes par jour :			
7 - ÊTES-VOUS ALERGIQUE À UN MÉDICAMENT ?			
Antibiotique	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Aspirine	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Anti-inflammatoire	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Autres :			
Injection de produits de contraste pour radiographie	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Aliments	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
Produits en latex (ou en caoutchouc)	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS

— 8 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS CARDIOVASCULAIRES ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 9 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS PULMONAIRES ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 10 - AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, lesquels :			
— 11 - AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES ?			
De diabète ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
De cholestérol ou de triglycérides ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
De thyroïde ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Si oui, précisez			
— 12 - CONCERNANT LES PROBLÈMES DENTAIRES ?			
Portez-vous une prothèse dentaire ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Avez-vous des dents qui bougent ou susceptibles de tomber ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
Avez-vous des bridges ou des dents sur pivots ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
— 13 - PORTEZ-VOUS DES VERRES DE CONTACT ?	○ OUI	○ NON	○ NE SAIS PAS
— 14 - UN PROBLÈME CONCERNANT VOTRE SANTÉ A ÉTÉ OUBLIÉ PAR CE QUESTIONNAIRE ?	○ OUI	○ NON	○ 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 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 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 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 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 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 DESINFORMATIONS 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 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.
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). Sil'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. Ilsera inséré dans votre dossier médical.

LA MERE DE L'ENFANT

Ouautre 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 PERE 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 :

Lejour 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
- 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

Merci de transmettre les documents au plus tard le jour de l'admission par mail à l'adresse :
admission@clinique-de-bonneveine.fr

Cas particulier
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 ?



Étape 1 :
Se couper les ongles, enlever le vernis à ongle, retirer tous les bijoux, percing



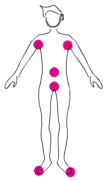
Étape 2 :
Effectuer un shampoing



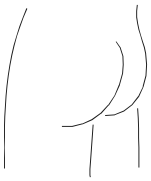
Étape 3 :
Savonner le visage et le corps



Étape4 :
Savonner le corps entier



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 :
Sècher minutieusement avec une serviette propre

NOTA BENE : Pensez à vous brosser les dents

	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

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

POUR VOTRE SECURITE



L'ensemble de votre traitement médicamenteux habituel doit être remis aux infirmières lors de votre ospitalisation 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 !

(ENQUÊTEE-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



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

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

Quisont-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

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.

5 *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. Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

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

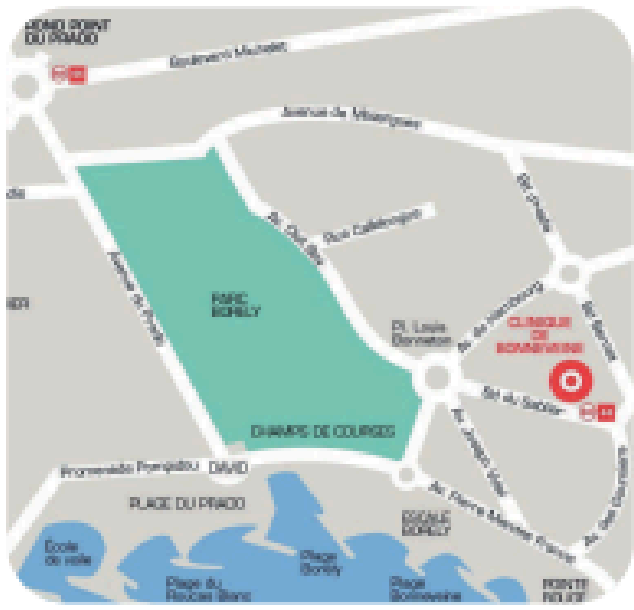
PARCOURS GLOBAL DE PRISE EN CHARGE (Dispositif télémédecine, Équipes mobiles, Consultations dédiées, Consultations dentaires, HDJ, Hospitalisation)
pole.handicap@clinique-de-bonneveine.fr
06 23 39 49 39

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



Association Bonneveine - Saint Joseph
Clinique
de Bonneveine

89 boulevard du Sablier - 13008 Marseille
Tél. : 04 96 14 14 14 • Fax : 04 96 14 14 00
clinique-de-bonneveine.fr/

Accès

Parking gratuit
Ligne 44 à partir du Rond-Point du Prado
Arrêt - Clinique

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

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