CLINIQUE SAINTE ANNE - FICHE DE PRE-ADMISSION

***(A compléter entièrement et à remettre au secrétariat d'anesthésie)***

**APPORTER : Carte vitale +attestation mutuelle à jour + Pièce identité (carte identité ou passeport ou livret famille pour les enfants)**

## PERSONNE HOSPITALISEE

**NOM DE NAISSANCE** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NOM D'USAGE** (Epouse, veuve, ...) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**PRENOMS :** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NE(E) LE** : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **DEPARTEMENT NAISSANCE** _ _ _

ADRESSE domicile : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CODE POSTAL : _ _ _ _ _ VILLE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

TELEPHONE PERSONNEL **OBLIGATOIRE** (**vous recevrez un appel la veille de votre intervention en si votre séjour est en Ambulatoire)** :

Domicile /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Portable /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

**SI ENFANT OU CONJOINT RATTACHE** :
**NOM ET PRENOM DE L'ASSURE** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

***S'agit-il d'un ACCIDENT DU TRAVAIL*** : Oui, date de l'accident du travail : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/ NON

**Adresse mail** : **IMPORTANT** (Le renseignement de ce champ vaut consentement à participation à notre enquête de satisfaction des patients hospitalisés E-SATIS, dispositif national/Le lien pour se connecter au questionnaire vous sera transmis par mail)
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ @ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

## PERSONNE A PREVENIR

NOM _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ PRENOM _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
LIEN DE PARENTE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ADRESSE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _