

UTILISEZ UN STYLO A BILLE POUR ECRIRE, EN MAJUSCULES

*Document à compléter entièrement et apporter au bureau des admissions (si anesthésie, le jour de la consultation avec celui-ci)
Nous ne pratiquons pas le tiers payant pour la consultation anesthésie (vous devez faire l'avance des frais)*

PERSONNE HOSPITALISEE

VOUS ALLEZ ETRE HOSPITALISE(E) LE :(votre horaire d'entrée vous sera précisé ultérieurement)

VOTRE TYPE DE SEJOUR : AMBULATOIRE HOSPITALISATION complète

LE NOM DU CHIRURGIEN ou MEDECIN : _____

LE NOM DE VOTRE MEDECIN TRAITANT : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM D'USAGE (Epoque, veuve, ...): _____

PRENOM : _____ **NE(E) LE :** /__/ /__/ /__

ADRESSE domicile : _____

SI ENFANT OU CONJOINT RATTACHE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

TELEPHONE PERSONNEL OBLIGATOIRE (vous recevrez un appel la veille de votre intervention):

Portable _____ **Domicile** _____

Adresse mail : **IMPORTANT** (selon l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'établissement s'engage à ce que vos données ne soient pas utilisées à des fins de prospection commerciale – le renseignement de ce champ vaut consentement à la participation à nos enquêtes de satisfaction patients (Dispositif national E-satis et Enquêtes établissement) et autres questionnaires liés à votre prise en charge)

@ _____

PERSONNE ASSUREE si différente de la personne hospitalisée

NOM : _____ **PRENOM :** _____

LIEN DE PARENTE : _____ **Né(e) le :** /__/ /__/ /__

PERSONNE A PREVENIR

NOM _____ **PRENOM** _____

ADRESSE _____ **CP** _____ **VILLE** _____

Portable _____ **Domicile** _____

Etes-vous sous Sous curatelle* Sous Tutelle*

Nom du tuteur ou du curateur : _____ **Téléphone tuteur ou curateur :** _____

*Joindre l'autorisation d'opérer signée par la personne en charge de la mesure de protection si l'état de la personne sous curatelle ou tutelle le justifie ET joindre une copie du jugement

ETES-VOUS : ALD (Affection de longue Durée) [en rapport avec l'intervention] Oui Non
Invalide : Oui Non

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

*Fournir une copie de la déclaration d'accident du travail ou de la maladie professionnelle le cas échéant

N'oubliez pas de joindre les photocopies (recto/verso), ou scan recto/verso

Si envoi par mail, de

- Carte vitale ou attestation du régime d'assurance maladie
- Attestation CMU ou ACS
- Pièce d'identité valide du patient obligatoire (permis de conduire exclus)

Pour tous renseignements, CONTACTEZ le SERVICE DES
PREADMISSIONS
CLINIQUE SAINTE ANNE
19 Route de Brannens 33210 LANGON
Numéro FINESS : 33 078 0511 Code DMT : 181
Tél : 05.57.98.05.20 Fax : 05.57.98.05.25
Mail : admissions@clinique-sainte-anne.fr

Etiquette

FICHE D'ADMISSION

Je soussigné(e) : M _____

Assuré(e)

Ayant droit :

Nom patient : _____

Prénom patient : _____

Déclare :

- **Fournir dès mon admission :**
 - Ma pièce d'identité en cours de validité
 - Ma carte vitale à jour
 - Mon attestation de mutuelle complémentaire
- **Régler les suppléments :**

Ouverture de la Télévision : Oui Non Ouverture ligne téléphonique : Oui Non

Le branchement de la télévision et/ou du téléphone ne sera effectué **que si vous avez coché OUI** ci-dessus. La facture de la télévision et/ou du téléphone sera à régler **le jour de votre sortie.**

FORFAIT CHAMBRE EN HOSPITALISATION COMPLETE ET EN AMBULATOIRE

COCHEZ LE TYPE DE CHAMBRE SOUHAITEE (en fonction des disponibilités)

AMBULATOIRE

CHAMBRE PARTICULIERE (60€)

CHAMBRE DOUBLE OU BOX MULTIPLE
CHIRURGIE CIRCUIT COURT (CCC)

Signature,

Signature,

HOSPITALISATION COMPLETE

CHAMBRE PARTICULIERE.

(Selon la formule choisie*)

(Facturation par journée, sortie incluse)
Basique Confort Prémium

CHAMBRE DOUBLE

Signature,

Signature,

*Voir le tableau des différentes formules :

Prestations incluses ou avec suppléments au bureau admissions

Si l'établissement n'a pu accéder à mon souhait de chambre double ou Box multiple, je déclare autoriser les services administratifs de l'établissement à facturer la prestation dont j'aurais bénéficiée, à ma mutuelle

Langon, le :

Le déclarant,
Lu et approuvé
Signature,

Personne de confiance*

Réservé aux patients majeurs et capables

En application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La désignation de la personne de confiance est un droit pour le patient, pas une obligation

Je soussigné(e), Nom: Nom de naissance :
 Prénom(s) :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance : Du au

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé 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 une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation ou sur papier libre.

Souhaite désigner comme personne de confiance

Nom: Nom de naissance :
 Prénom(s) : Date de naissance :
 Adresse :
 Téléphone(s) :

Cette personne, légalement capable, est : Un membre de ma famille Un proche

Précisez :

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.

Personne hospitalisée

Fait le :

A :

Signature :

Personne de confiance

Je certifie avoir été informé de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait le : A :

Signature :

Rôle de la personne de confiance

Si vous êtes en état de vous exprimer : Votre personne de confiance aura pour mission de vous accompagner dans vos démarches clefs, si vous le souhaitez. Elle ne pourra pas avoir accès à des informations vous concernant sans votre consentement.

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté : Votre personne de confiance sera alors votre porte-parole et sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale. Elle sera notamment interrogée sur vos volontés en matière de mise en œuvre, poursuite ou arrêt de traitements. Elle recevra les informations nécessaires à l'expression de VOS SOUHAITS.

Qui peut être désigné "personne de confiance" ? :

Vous pouvez désigner :

- Toute personne majeure, légalement capable en qui vous avez une entière confiance
- ET qui accepte cette mission que vous lui confiez (sa signature est indispensable).

Nous vous invitons à lui communiquer vos souhaits relatifs à la limitation ou l'arrêt de traitement dans une situation de fin de vie proche ET, si vous les avez rédigées, à lui laisser une copie de vos directives anticipées

Quand désigner ma personne de confiance : Vous pouvez désigner la personne de confiance à tout moment de votre vie (à partir de votre majorité). Vous pouvez changer d'avis, pour cela il suffit de demander un nouveau document de désignation ou l'inscrire sur papier libre (date, signature, coordonnées personnelles).

La désignation vaut pour la durée de l'hospitalisation

Directives anticipées

**à remplir obligatoirement*

Directives anticipées*

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite datée et signée appelée directives anticipées. Elle précise ses souhaits concernant sa fin de vie (limitation ou arrêt du traitement en cours, transfert en réanimation si l'état de santé le nécessite, mise sous respiration artificielle, intervention chirurgicale, soulagement des souffrances...). Ce document aidera les médecins à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés. Les directives anticipées ont une durée illimitée mais peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

J'ai rédigé des directives anticipées et souhaite les communiquer à l'équipe soignante de la Clinique Sainte-Anne

Je n'ai pas rédigé de directives anticipées mais souhaite le modèle pour le faire
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_modele_directives_anticipees.pdf



Je n'ai pas rédigé de directives anticipées

Lieu :

Personne à contacter :

.....

Coordonnées :

Personne hospitalisée

Fait le : A :

Signature :

Don d'organes

En France, il n'existe pas de registre du oui.

Au nom de la solidarité nationale, c'est le principe du consentement présumé qui a été choisi. La loi indique que nous sommes tous donateurs d'organes et de tissus, sauf si nous avons exprimé de notre vivant notre refus d'être prélevé.

Si vous ne souhaitez pas donner vos organes et tissus

Le principal moyen pour vous opposer au prélèvement de vos organes et tissus après la mort est de vous inscrire sur le registre national des refus.



Consultation d'anesthésie

Le / /

Rendez-vous le/...../..... Ah..... pour finaliser votre pré-admission, la consultation d'anesthésie a lieu environ 20 min après.

**Compléter le questionnaire AU DOS de ce document
(à ramener le jour de la consultation d'anesthésie)**

Ramener impérativement le jour de la consultation d'anesthésie la totalité de votre dossier médical et plus particulièrement :

- **Vos ordonnances** (si perdu : ramener la photo, ou les boites de tous vos médicaments)
- le questionnaire au dos de ce document rempli.
- Les courriers des dernières consultations spécialisées (en particulier consultation de cardiologie, pneumologie).
- Les résultats des dernières échographie cardiaque, épreuve d'effort, électrocardiogramme.
- Les comptes rendus de vos dernières hospitalisations.
- Votre dernière prise de sang

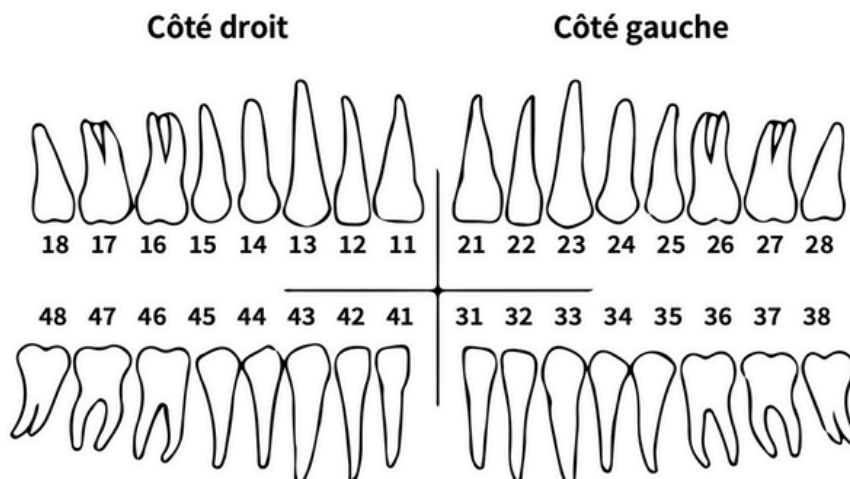
Questionnaire sur l'état dentaire :

(à remplir que si vous avez des problèmes dentaires):

Au cours de toute anesthésie générale il existe un risque de bris dentaire, majoré si vos dents sont fragiles, merci de nous indiquer si vous avez :

- Des dents déchaussées
- Des dents fragiles
- Des dents mobiles
- Des implants, pivots ou couronne
- Des appareils dentaires

Pour réduire le risque de bris dentaire merci de les indiquer sur le schéma suivant :





Prestations chambres individuelles en Hospitalisation Complète

La prestation chambre individuelle en chirurgie ambulatoire est de 60€ (TV comprise)

Nos prestations

CLINIQUE
SAINTE-ANNE
Groupes Saint-Gautier

Chambre personnelle sous réserve de disponibilité

Chambre personnelle garantie

A la carte

Basique

Confort

Premium



Hébergement

Chambre privative	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Salle d'eau privative	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Coffre-fort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Climatisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-



Numérique

Wi-Fi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2€
Mise en service du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6€
TV avec Canal+ et Eurosport	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10€



Confort

Trousse bien-être	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8€
Plateau de courtoisie (thé / café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Bouteille d'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Composante petit-déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Composante collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-
Garantie de réservation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-

Tarifs

99€

119€

149€

* Tarifs TTC applicables au 01 septembre 2024. Facturation à la journée, y compris le jour d'entrée et de sortie, quelle que soit l'heure d'entrée ou de sortie (décret n°2019-719)

** Vous pouvez aussi bénéficier d'un lit invité dans votre chambre personnelle (10€ par nuit, petit déjeuner inclus)

*** Les communications téléphoniques varient en fonction du temps de communication

**** Les prestations "confort" sont données au début du séjour uniquement



Tarifs de nos services

Chambre particulière (supplément non pris en charge par l'assurance maladie)

Chambres particulières

Hospitalisation complète

	Basique	Confort	Premium	
	99€	119€	149€	

Hospitalisation ambulatoire

	Chambre seule
	60€



Numérique

Wi-Fi	2€ / Jour
Mise en service du téléphone*	6€ <small>*Chaque unité de taxation est facturée 0.30€</small>



Confort

Lit et petit-déjeuner servi à un accompagnant	10€ / jour
Repas servi à un accompagnant	10€ / jour

Lutter contre la douleur

Dans cet établissement, nous nous engageons à prendre en charge votre douleur

Avoir moins mal ne plus avoir mal c'est possible

vous avez peur d'avoir mal...prévenir, traiter ou soulager votre douleur c'est possible

Les douleurs provoquées par certains soins ou examens : piqûres, pansements, pose des sondes, de perfusion, retrait de drains...

Les douleurs parfois liées à un geste quotidien comme une toilette ou un simple déplacement...

Les douleurs aiguës comme les coliques néphrétiques, celles de fractures...les douleurs après une intervention chirurgicale.

Les douleurs chroniques comme le mal de dos, la migraine, et également les douleurs du cancer, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Votre participation est essentielle, nous sommes là pour vous écouter, vous soutenir, vous aider

Vous avez mal...

Votre douleur, parlons-en

Tout le monde ne réagit pas de la même manière devant la douleur ; il est possible d'en mesurer l'intensité

Pour nous aider à mieux adapter votre traitement, vous pouvez nous indiquer "combien" vous avez mal en notant votre douleur de 0 à 10 ou en vous aidant d'une réglette nous allons vous aider à ne plus avoir mal ou à avoir moins mal Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent la douleur.

Il en existe de différentes puissances. La morphine est l'un des plus puissants. Mais certaines douleurs, mêmes sévères, nécessitent un autre traitement.



Article L.1110-5 du code de la santé