CONTRAT DE PRE-ADMISSION

CLINIQUE SAINTE-ANNE
Groupe Saint Gatien

Documents à compléter entièrement et à remettre par mail à l'adresse admissions@clinique-sainte-anne.fr ou le jour de votre consultation avec l'anesthésiste

PERSONNE HOSPITALISEE

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

VOTRE TYPE DE SEJOUR : ☐ AMBULATOIRE ☐ HOSPITALISATION complète

LE NOM DU CHIRURGIEN ou MEDECIN : _ _ _

Etiquette

CLINIQUE SAINTE-ANNE
Groupe Saint Gatien

FICHE D'ADMISSION

Je soussigné(e) : M _ _ _

Personne de confiance

**à remplir obligatoirement*

Document Obligatoire

Etiquette

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 :.....

☐ **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 :.....

Téléphone(s) : .....

Lien avec le patient : .....

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.

Vous devez remettre ce document signé obligatoirement par les 2 personnes en main propre à la Clinique Sainte-Anne ou l'envoyer à l'adresse ***secretariat.ambulatoire@clinique-sainte-anne.fr***

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 donneurs 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 ……/……/…… A ……h…… 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 :

- **<u>Vos ordonnances</u>** (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

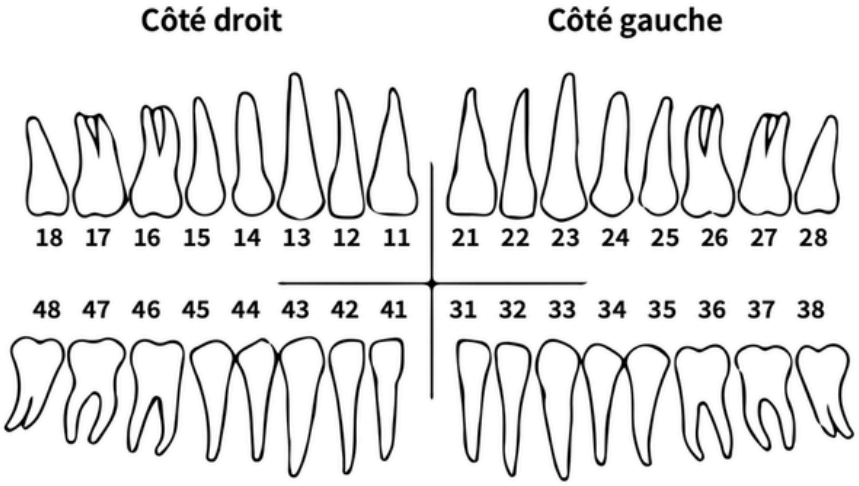
Questionnaire sur l'état dentaire :

(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 :



Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Profession :
Médecin traitant :

Intervention prévue : .....
Date d'intervention :.....
Opérateur : Docteur .....
Taille : cm ; Poids : kg

Avez-vous des allergies ou des intolérances médicamenteuses si oui lesquelles ?
.....
.....
.....

Avez-vous d'autres allergies (allergie au latex, aux métaux, rhume des foins, allergies alimentaires…)
.....
.....
.....

Amener l'ordonnance ou lister vos traitements avec la posologie :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Faites la liste des opérations ou examen sous anesthésie que vous avez eu :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous déjà eu :

- ☐ Un AVC
- ☐ Un infarctus
- ☐ Une complication au cours d'une anesthésie précédente, si oui laquelle ?
  .....
- ☐ Des nausées ou des vomissements après une opération
- ☐ Etes-vous obligé de vous arrêter en montant les escaliers avant d'arriver au 2° étage
- ☐ Une phlébite ou une embolie pulmonaire ?
- ☐ De l'apnée du sommeil
- ☐ Des stents
- ☐ Un Pace-Maker
- ☐ Un reflux gastro-œsophagien gênant malgré le traitement

	OUI	NON
Fumez-vous ?	☐	☐
Si oui, combien de cigarette fumez-vous par jour actuellement en moyenne ?	.....	
Buvez-vous du vin ou d'autre boisson alcoolisée plus de 3 fois par semaine ?	☐	☐
Prenez-vous régulièrement du cannabis ou d'autres drogues ?	☐	☐
Etes-vous totalement sédentaire ?	☐	☐
Si non : décrivez votre activité physique de ces derniers mois (sport, marche de plus d'un km plusieurs fois par semaine, vélo, randonnée, gros jardinage, gros bricolage…) :		
.....		
Avez-vous des appareils dentaires (préciser en haut/en bas) ?	☐	☐
Avez-vous des dents fragiles, déchaussées ou qui bougent ? (Si oui, remplir le schéma dentaire au verso)	☐	☐

Coagulation

1. Avez-vous déjà consulté pour un saignement prolongé ou inhabituel ?	☐	☐
2. Après un choc mineur, avez-vous tendance à faire des hématomes importants (plus de 2 cm) ?	☐	☐
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour un saignement après une extraction dentaire ?	☐	☐
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale ou un accouchement ?	☐	☐
5. Y a-t-il dans votre famille une maladie de la coagulation (hémophilie, maladie de Willebrand…) ?	☐	☐
6. **Pour les femmes :** avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ?	☐	☐

Votre confort pendant votre hospitalisation

CLINIQUE SAINTE-ANNE
Groupe Saint Gatien

Nos prestations

Parce que votre bien-être contribue à la qualité de votre séjour, notre établissement vous propose plusieurs niveaux de confort hôtelier adaptés à vos attentes.

Formule Essentielle 109€

- Chambre privative
- Salle d'eau privative
- Coffre-fort
- Climatisation

Une offre simple et fonctionnelle

RECOMMANDÉE

Formule Confort 125€

- **Votre chambre nouvelle génération sous réserve de disponibilité**
- Chambre privative
- Salle d'eau privative
- Coffre-fort
- Climatisation
- Wi-fi
- Télévision avec Canal + et Eurosport
- Téléphone mis en service
- Kit bien-être offert

Le meilleur équilibre entre confort, tranquilité et services pendant votre séjour

Formule Premium 149€

TOUS LES AVANTAGES DE LA FORMULE CONFORT

⊕

- **Votre chambre nouvelle génération garantie**
- Plateau de courtoisie (thé / café)
- Collation et petit-déjeuner améliorés

Pour un niveau de confort supérieur pendant votre séjour

Chirurgie Ambulatoire 70€

- Chambre privative
- Salle d'eau et toilettes privatifs
- Intimité et tranquilité pendant votre prise en charge

Profitez d'un espace privatif plus confortable tout au long de votre prise en charge en ambulatoire

** Tarifs TTC applicables au 01 octobre 2026. 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)*
*** Veuillez vous renseigner auprès du secrétariat pour les prestations à la carte*
**** Chambre premium applicable uniquement pour les patients hospitalisés en service de Chirurgie*

Contrat d'engagement

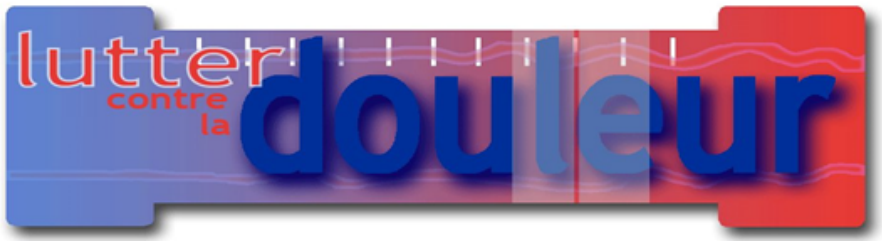
Lutter contre la douleur

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.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Article L.1110-5 du code de la santé