



Date d'admission : ___/___/_____ à ___ h ___ Praticien :

Hospitalisation complète Ambulatoire

QUESTIONNAIRE A REMPLIR EN MAJUSCULE PAR LE PATIENT

- Je désire que ma présence dans l'établissement ne soit pas divulguée à des tiers durant mon hospitalisation :
 OUI NON

J'autorise la Clinique Saint Roch dans le cadre de mon hospitalisation à me photographier, filmer, à utiliser, exploiter ou à reproduire tout ou en partie et sur tout support que ce soit mon image : OUI NON

Signature du patient :

PATIENT(E) (Données figurant sur la carte d'identité)	
NOM MARITAL	
NOM DE NAISSANCE	
PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	
TELEPHONE (portable)	
MAIL (Obligatoire et en majuscule)	
MEDECIN TRAITANT (Nom et adresse)	
PHARMACIE REFERENTE	

ASSURE(E) SOCIAL(E) (si différent du patient)	
NOM MARITAL	
NOM DE NAISSANCE	
PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	
PROFESSION	
EMPLOYEUR (Nom et adresse)	

PATIENT(E)	
N° DE SECURITE SOCIALE	
ORGANISME DE SECURITE SOCIALE (Nom et adresse)	
MUTUELLE COMPLEMENTAIRE (Nom et adresse)	
ETES VOUS EN :	<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ACS
N° ADHERENT MUTUELLE	

PERSONNE A PREVENIR	
NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE (Domicile ou portable)	
LIEN DE PARENTE	

S'agit-il d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle Oui Non

Dans le cas d'une réponse positive, veuillez joindre votre feuille de soins AT (triptyque volets 1-2-3 remis par votre employeur)

A RAMENER DUMENT COMPLETE LORS DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

qui doit avoir lieu OBLIGATOIREMENT AU MOINS 48 H AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Prenez rendez-vous au plus vite au 03 20 69 58 58



Fiche de désignation d'une personne de confiance

(Article L.1111-6 du code de la santé publique)

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la " personne de confiance " ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut-être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom. »

Source : HAS - Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) : Monsieur Madame

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : ___/___/_____ A :

Désigne une personne de confiance :

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom :	Adresse :
Nom de naissance :
Prénom(s) :
Téléphone(s) :	e-mail (obligatoire et en majuscule) :

Cette personne de confiance est :

- Un(e) proche Un parent Mon médecin traitant
- Majeur(e) : Oui Non

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen ;
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens.

Fait le : ___/___/_____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Consentement éclairé

Intervention médicale - Chirurgicale - Anesthésique

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour les praticiens ou l'établissement. Il s'agit de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements vous concernant. Il doit être impérativement signé par vos soins et remis à l'établissement le jour de votre admission.

Je soussigné(e) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom :	Atteste avoir reçu(e) par le Dr :
Nom de naissance :	Le : ___/___/___
Prénom(s) :	<input type="checkbox"/> à la clinique <input type="checkbox"/> à son cabinet
Né(e) le : ___/___/___	en vue d'une intervention chirurgicale :

Lors de cette consultation, le praticien m'a informé(e) sur:

- mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible);
- les actes, les interventions et les traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques);
- les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves);
- les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique;
- la durée prévisible de l'arrêt de travail (mention à rayer si non nécessaire).

Le praticien a également procédé à une évaluation des bénéfices attendus et des risques potentiels (évaluation bénéfices/risques) personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le praticien peut devoir faire face à un événement imprévu imposant des gestes différents de ceux initialement programmés. J'autorise dans ces conditions le praticien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

En conséquence, j'autorise :

- la réalisation de prélèvements et examens nécessaires au diagnostic et à ma prise en charge: Oui Non
- le dépistage du VIH (SIDA) si cela est jugé utile par mes praticiens: Oui Non
- la transfusion sanguine en cas de nécessité médicale : Oui Non
- le transfert que nécessiterait mon état de santé dans un autre établissement : Oui Non
- la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) si cela le nécessite : Oui Non

Je m'engage à me rendre en consultation et me soumettre aux soins prescrits en pré et post opératoire.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées. Je reconnais avoir pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et j'ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le praticien m'a incité(e) à le recontacter, le cas échéant, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions, ce que j'ai fait. ce que je n'ai pas fait car je n'en ai pas ressenti le besoin

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée.

Fait le : ___/___/___

Signature du patient :

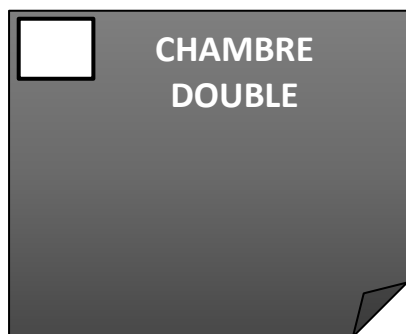
Si mineur : *Signature des 2 représentants légaux (En cas de retrait de l'autorité parentale de l'un des parents joindre l'avis de jugement)*

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2 :

Tarifcation hôtelière des chambres (Hospitalisation complète)

Je choisis ma chambre en cochant ci-dessous* :



* sous réserve de disponibilité des chambres

** une caution vous sera demandée à l'entrée en cas d'absence de prise en charge par votre mutuelle ou d'un remboursement non intégral

*** : les options et services inclus sont détaillés dans le document « notre gamme de chambres en Chirurgie »

Les Options de ma chambre : à spécifier à l'accueil

Chambre particulière :	Chambre double :
Repas accompagnant : 15 €	Forfait télévision : 5 € /jour* (tarif dégressif suivant la durée du séjour)
Nuit accompagnant + petit déjeuner : 15 €	Location téléphone : 2 € /jour

* : Une caution de 20€ vous sera demandée pour la télécommande de la télévision

Les Suppléments de mon séjour :

Forfait journalier : 20 € /jour
Participation assuré(e) (à la suite d'un acte opératoire supérieur ou égal à 120 €) : 24 € /séjour

Je soussigné(e) Monsieur Madame

Nom :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Né(e) le : ___/___/_____

- **Atteste avoir pris connaissance des tarifs hôteliers et m'engage à régler les frais de mon séjour à ma charge (hors responsabilités de la sécurité sociale) à la sortie de mon hospitalisation**
- **Atteste avoir reçu le livret d'accueil de la Clinique Saint Roch comportant toutes les informations relatives à mon séjour**

Signature (lu et approuvé) :

Le : ___/___/_____

Veillez rapporter IMPERATIVEMENT conjointement à ce dossier :

- Votre carte vitale à jour avec son attestation, ou si vous dépendez d'un autre régime, une pièce justifiant l'ouverture des droits.
- Vos résultats de biologie prescrits par le chirurgien
- Vos résultats et clichés de radiologie
- Votre carte d'identité (ou le passeport ou la carte de séjour ou le livret de famille)
- Votre carte de groupe sanguin
- Votre compte rendu de la consultation de cardiologie (+tracé ECG). (Rendez-vous obligatoire pour les hommes de + de 40 ans et pour les femmes de + de 50 ans)
- Une ordonnance rédigée par votre médecin traitant, détaillant le traitement en cours
- Le document d'information sur les risques infectieux avant une chirurgie des os, des articulations, en particulier prothèse articulaire
- L'imprimé délivré par l'employeur en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle
- Un moyen de paiement (chéquier et/ou carte bancaire)

Il vous appartient de vous rapprocher de votre mutuelle afin de vérifier votre prise en charge (à nous retourner par mail) afin de connaître le remboursement éventuel des frais de séjour.

Données utiles pour votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle pour une hospitalisation en chirurgie :

N° FINESS: 590790655 DMT Chir : 181
Fax : 03 20 46 65 00

Mail : ADMISSION.CLINIQUESAINTROCH@LNA-SANTE.COM

Clinique Saint Roch 56 rue de Lille 59223 Roncq - ☎ 03 20 69 58 58 – contact.cliniquesaintroch@lna-sante.com