Polyclinique du Parc
DREVON

Votre admission est prévue le ……..à ……..h ……

HOSPITALISATION COMPLETE ☐

AMBULATOIRE ☐ SOINS EXTERNES ☐

**DEPOSEZ VOTRE DOSSIER AU SECRETARIAT DES ADMISSIONS**
**lors de votre venue en consultation d'anesthésie**
**OU ENVOYEZ-LE AU SECRETARIAT DES ADMISSIONS**
**5 JOURS AVANT L'INTERVENTION**
**REMPLIR LES DOCUMENTS CI-JOINTS**
**IMPÉRATIVEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.**

## DOCUMENTS A PRESENTER

- **LA PIÈCE D'IDENTITÉ**
- **LA CARTE VITALE**
  (pensez à réactiver votre carte vitale à une borne de mise à jour).

- **VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE**
  **En hospitalisation complète :** vous munir d'une prise en charge de votre mutuelle
  **En Ambulatoire** : pas de tiers-payant

- **Le carnet de soins gratuits**
pour les patients qui relèvent de l'Article 115 (anciens combattants).

- **Volet n° 1 de la déclaration d'accident du travail**
si votre intervention fait suite à un accident de travail.

- **Un certificat de scolarité**
si vous êtes âgé de plus de 16 ans et que vous n'êtes pas l'assuré.

---

**Informatique & libertés : art 26 de la loi du 06/01/78**
L'établissement dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser le cas échéant des travaux statistiques ou épidémiologiques. L'application de cette loi vous garantit la confidentialité et vous permet l'accès à vos renseignements administratifs. Vous pouvez en faire la demande par courrier au Responsable administratif de la clinique Clément Drevon.

**Accès au dossier : loi du 04/03/02**
Vous pouvez directement ou par l'intermédiaire de votre médecin prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical en adressant un courrier au Directeur de la clinique Clément Drevon.

---

**18, cours Général de Gaulle - CS 17626 - 21076 DIJON Cedex - Tél. : 03 80 29 45 00 - Fax : 03 80 29 45 92**
Siret 791 752 124 00028

## VOTRE PRISE EN CHARGE

Un dossier complet vous évitera un délai d'attente supplémentaire
et permettra à la clinique de vous faire bénéficier du système « tiers-payant ».

**Il revient au patient de régler à sa sortie les frais non pris en charge par la Sécurité Sociale** : ticket modérateur, supplément hôtelier, forfait journalier et participation forfaitaire
(loi financement sécurité sociale 2006 – sauf si exonération)

Après règlement, une **facture acquittée vous sera adressée à votre domicile par courrier ; transmettez celle-ci à votre mutuelle** pour bénéficier du remboursement éventuel de vos frais.

***En ambulatoire, votre prise en charge par l'équipe soignante se fera en fonction de l'horaire de votre passage au bloc opératoire.***

Nous vous recommandons de **ne pas apporter d'objets de valeur,** de vous limiter à l'argent strictement nécessaire et de prévoir selon votre séjour :

| en hospitalisation complète | en ambulatoire |
|---|---|
| • **Nécessaire de toilette**<br>• **Pyjama, robe de chambre, chaussons**<br>• **Affaires de rechange** | • **Robe de chambre ou autre**<br>• **Chaussons** |
| Vos derniers examens médicaux : radios, IRM, scanner, analyses de sang, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, ordonnance traitement en cours … | |

Pensez à demander un bon de transport à votre arrivée si nécessaire (à faire valider par votre chirurgien).

Un bulletin de situation pourra vous être délivré pour justifier de votre hospitalisation auprès de votre employeur ou autres organismes.

Si votre intervention nécessite un arrêt de travail, pensez à en référer à votre chirurgien avant votre sortie.

Polyclinique du Parc.
DIJON-REVON

18, cours Général de Gaulle - CS 17626 - 21076 DIJON Cedex
Tél. : 03 80 29 45 00 - Fax : 03 80 29 45 92
Siret 791 752 124 00028

# FICHE D'ADMISSION

**A RENVOYER IMPERATIVEMENT 5 JOURS AVANT L' INTERVENTION**

HOSPITALISATION COMPLETE ☐

AMBULATOIRE ☐ SOINS EXTERNES ☐

SOUHAIT DE CHAMBRE PARTICULIERE OUI NON

**MERCI DE REMPLIR TOUT VOTRE DOSSIER RECTO ET VERSO EN LETTRES MAJUSCULES LISIBLES**

NOM DU CHIRURGIEN qui vous a convoqué .....

DATE PREVUE DE VOTRE ENTREE ...../...../..... HEURE : .....h.....

Etes-vous envoyé par votre Médecin traitant ? OUI ☐ NON ☐

NOM et Prénom de votre MEDECIN Traitant.....

Adresse.....

Mlle / Mme / Mr / Enfant (entourer)

NOM du Patient .....Prénom.....

NOM de Jeune Fille.....

Sexe ..... Date de Naissance.....LIEU.....

Adresse complète .....

.....

Code Postal.....VILLE.....

N° de Tél. Fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| N° de Tél. Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de votre **C**aisse **P**rimaire d' **A**ssurance **M**aladie et Adresse Complète .....

.....

NOM ET ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE .....

.....

Bénéficiez-vous de la CMU OUI ☐ NON ☐

Votre intervention est-elle en rapport avec :

une ALD OUI ☐ NON ☐ Un accident de travail OUI ☐ NON ☐

Une invalidité OUI ☐ NON ☐ L' article 115 (Ancien Combatant) OUI ☐ NON ☐

A remplir si le patient n' est pas l' assuré

Nom et Prénom de l' assuré.....

Lien de Parenté de l' Assuré.....

---

Personne à PREVENIR Nom et Prénom.....

TEL : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Lien de Parenté avec l' Assuré.....

**JUSTIFICATIFS A FOURNIR : PIÈCE IDENTITÉ ET CARTE DE MUTUELLE ORIGINAUX ET PHOTOCOPIES RECTO ET VERSO**

FAIT LE : / / SIGNATURE :

| Polyclinique du Parc DREVON | **AUTORISATION DE SOINS et/ou D'OPERER ET INFORMATION BENEFICE-RISQUE**<br>ENR-AEA-00423-v.2 septembre 2015 | Page 1 sur 1 |
|---|---|---|

***Ce document à ramener rempli, impérativement au bureau des entrées***

*(document devant figurer dans le dossier patient)*

## PARTIE A REMPLIR PAR LE TITULAIRE MAJEUR :

Je soussigné(e).....,
reconnais avoir reçu par oral ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr .....toute l'information, souhaitée, et avoir disposé de suffisamment de temps de réflexion. J'ai bien compris ce qui m'a été précisé concernant le déroulement de ma prise en charge à la clinique. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais, et j'ai été informé des risques qui pouvaient survenir en l'absence de soins, ainsi que des principaux risques liés à la prise en charge prévue.
Dans ce contexte, j'autorise le médecin spécialiste et / ou le chirurgien et l'anesthésiste ainsi que l'équipe soignante à pratiquer les actes nécessaires.

Le ..... Signature

## EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MINEUR ,
## PARTIE A REMPLIR PAR LES DEUX TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE :

Je soussigné(e).....père, .....mère de l'enfant (nom et prénom).....,
reconnaissons avoir reçu par oral ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr..... toute l'information, souhaitée, et avoir disposé de suffisamment de temps de réflexion. Nous avons bien compris ce qui nous a été précisé concernant le déroulement de la prise en charge de notre enfant à la clinique. Nous avons pu poser toutes les questions que nous souhaitions, et nous avons été informés des risques qui pouvaient survenir en l'absence de soins, ainsi que des principaux risques liés à la prise en charge prévue.
Dans ce contexte, nous autorisons le médecin spécialiste et / ou le chirurgien et l'anesthésiste ainsi que l'équipe soignante à pratiquer les actes nécessaires sur la personne de notre enfant.

Le ..... Le .....
Signature du père Signature de la mère

## EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE ,
## PARTIE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné(e).....tuteur de, .....
reconnais avoir reçu par oral ou par écrit, de façon claire et compréhensible, de la part du Dr..... toute l'information, souhaitée, et avoir disposé de suffisamment de temps de réflexion. J'ai bien compris ce qui m'a été précisé concernant le déroulement de la prise en charge à la clinique. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais, et j'ai été informé des risques qui pouvaient survenir en l'absence de soins, ainsi que des principaux risques liés à la prise en charge prévue.
Dans ce contexte, j'autorise le médecin spécialiste et / ou le chirurgien et l'anesthésiste ainsi que l'équipe soignante à pratiquer les actes nécessaires sur la personne de
..... Le ..... Signature

## DOCUMENT CONFIDENTIEL SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

# DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

ENR-ODS-00331-v.2 septembre 2015



Vous venez d'être admis ou allez séjourner à la clinique Clément-Drevon. Dès lors, vous avez la possibilité de désigner une **personne de confiance** pour la durée de votre hospitalisation (Article L1111-6 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

Cette personne pourra vous aider dans vos démarches, assister à vos entretiens afin de vous conseiller au mieux de vos intérêts dans les choix thérapeutiques que vous serez amené à faire.

Cette personne de confiance sera également l'interlocuteur privilégié de l'équipe médicale et soignante, si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir des informations médicales ou ne pouviez plus exprimer votre volonté concernant les actes thérapeutiques.
Elle sera alors la seule personne qui pourrait adapter au mieux votre traitement en tenant compte des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette **désignation est facultative**.
Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, cette information doit être écrite et sera conservée dans votre dossier, le temps de votre hospitalisation.
Vous pouvez à tout moment **changer la désignation** de cette personne, en en informant le personnel soignant. Vous pourrez alors désigner une autre personne ou non.

Je sous-signé(e) :

Nom / prénom :

Date de naissance :

☐ ne désigne pas de **personne de confiance**

☐ désigne une **personne de confiance**, en accord avec cette personne : (désignation facultative)

Nom / prénom :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél professionnel :

Adresse :

Date :

Signature :

Pour des raisons de confidentialité, la Clinique Clément-Drevon vous informe qu'aucune information sur votre état de santé ne sera transmise à une personne autre que la personne de confiance que vous venez de désigner.

Accord de la personne de confiance désignée (appel du personnel ou du patient) ; A compléter par le personnel administratif de la clinique

☐ accord de la personne de confiance ☐ désaccord de la personne de confiance

**DOCUMENT CONFIDENTIEL SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL**

**Mes directives anticipées** (explications au dos)

Je soussigné(e) : .....
né(e) le : ..... à : .....
Adresse : .....
.....
.....
.....

☐ ne souhaite pas énoncer de directives anticipées et demande à ce que l'on prenne l'avis de la personne de confiance que j'ai désigné et qui a accepté ce rôle.

☐ énonce ci-dessous librement mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

J'autorise l'établissement à réaliser des analyses VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)sur prescription médicale :

☐ OUI ☐ NON

Concernant le prélèvement d'organe :

☐ J'accepte le prélèvement d'organes
☐ Je refuse le prélèvement d'organes

concernant l'arrêt et/ou la limitation de certains traitements :

concernant la pratique d'un acte de réanimation :

concernant l'accès de mon dossier médical à mes ayant droits après mon décès :

autres directives particulières :

Fait à , le

Signature

**DOCUMENT CONFIDENTIEL SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL**

**Vous allez être hospitalisé,**
**Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent ce jour-là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.**

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie vous permet de rédiger des directives anticipées.

## Définition

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionné ou la prolongation artificielle de la vie ...

## Comment les rédiger ?

Il s'agit donc d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez désignée une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez lors de leur rédaction en état d'exprimer librement votre volonté.

Vous pouvez à tout moment révoquer vos directives anticipées, les modifier partiellement ou totalement. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans

## Durée de validité

Vos directives anticipées sont valables trois ans. Cette durée est renouvelable. Il suffit pour cela que vous le confirmiez sur votre document en le signant ou avec l'aide de vos témoins si vous ne pouvez pas signer.

## Conservation

Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical. Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical leur existence et le nom de la personne qui les détient.