



BULLETIN D'ADMISSION

Merci de bien vouloir remettre ce document rempli à l'accueil de la clinique (9h – 19h30) après votre rendez-vous avec l'anesthésiste ou de nous l'adresser au plus tôt par courrier avant votre entrée.

Si votre opération ne nécessite pas l'intervention d'un anesthésiste, merci de bien vouloir renvoyer cette feuille à la clinique au moins 15 jours avant votre opération.

PERSONNE HOSPITALISEE

(A compléter en lettres majuscules)

Date d'entrée : Heure :
Nom du chirurgien : Ambulatoire / Hospitalisation
Entrée : jour même la veille
(Entourer votre modalité d'hospitalisation)
Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance : Sexe : ...
Adresse :

Numéro de téléphone personnel : Numéro de portable :
Adresse mail :@.....

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à la clinique ? OUI NON
si oui, en quelle année ?

S'agit-il d'un accident de travail ? OUI NON
Si oui, date de l'accident de travail :

joindre un justificatif

Nom de la mutuelle :
Demandez à votre Mutuelle de nous adresser la prise en charge.

Bénéficiez-vous de la CMU ? OUI NON

Si oui, joindre votre attestation CMU

Personne à prévenir (nom, prénom, lien de parenté et n°tél) :

PARTICULARITES

1 - Handicap et/ou dépendance envers un appareil médical : OUI NON
exemple : fauteuil roulant, oxygène...

Si oui, quel handicap ou quelle dépendance :

2 - Régime alimentaire particulier sur prescription médicale :

PATIENT MINEUR ou PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Une autorisation d'opérer pour les patients mineurs est médico-légalement indispensable (formulaire téléchargeable sur le site www.cliniquesaintcharles.fr).

- Si vous êtes mariés ou pacsés ou en union libre,
Si vous êtes divorcés et les 2 parents détiennent l'autorité parentale,

L'autorisation d'opérer doit être signée des 2 parents. Vous devez apporter les 2 cartes d'identité (ou copies) lors de l'entrée.

- Si vous êtes divorcés, et que l'un des deux parents est déchu de l'autorité parentale
L'autorisation d'opérer doit être signée du parent détenteur de l'autorité parentale. Vous devez apporter la copie du jugement sur l'autorité parentale et la carte d'identité (ou copie) lors de l'entrée.
- Si vous êtes un parent isolé
Vous devez apporter votre carte d'identité (ou copie) et votre livret de famille.
- Si vous êtes le tuteur d'un majeur sous tutelle :
La signature du tuteur sur l'autorisation d'opérer pour attester que vous avez été informé de l'acte chirurgical.

PERSONNE ASSUREE

(si différente de la personne hospitalisée) - (A compléter en lettres majuscules)

Nom de l'assuré :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

Vous souhaitez, durant votre séjour, être accompagné par une personne. Votre demande est motivée par :

- votre état de santé (dépendance, maladie chronique type Alzheimer, enfant mineur,...) oui non
Si oui, motif de la demande :
- pour convenance personnelles oui non

Dans tous les cas, votre demande sera étudiée la semaine précédant l'hospitalisation. Compte tenu de l'activité, il est possible de ne pas répondre favorablement à cette demande, auquel cas vous en serez averti préalablement.

PRESTATIONS HOTELIERES

Pour les séjours d'au moins 1 nuit

Je demande :

- Une chambre particulière (77€ / jour en hospitalisation) : oui non
(dans la mesure des disponibilités) Toute chambre particulière demandée en préadmission sera facturée si elle n'est pas annulée au minimum 48 avant l'entrée.
- Les repas Plaisir (12,00€ le repas) : oui non
- La télévision (5€ / jour) : oui non
- Le branchement d'une ligne téléphonique permettant d'appeler l'extérieur (4€ l'ouverture de ligne + consommation) : oui non

J'ai été informé du prix de ces prestations.

Demande remplie par une autre personne que le patient oui non

Je m'engage à régler la totalité des ces prestations, éventuellement déduction faite de la part prise en charge par la mutuelle.

Fait à : Le

Signature :



CLINIQUE SAINT CHARLES

25 rue de Flesselles
69283 LYON Cedex 01
Tel : 04 72 10 26 26
Fax : 04 72 10 26 36

Mail : bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr

NOTE D'INFORMATION MUTUELLES

Il est important que **vous demandiez** une **PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE** à votre mutuelle pour pouvoir bénéficier du tiers-payant.

NB : Les réponses aux **devis** que vos mutuelles vous retournent **ne font pas office de prise en charge.**

- La prise en charge peut nous être transmise :
 - par fax : **04 72 10 26 36**
 - par mail : **bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr**

- Réponses aux informations que peuvent vous demander la mutuelle :
 - N° FINESS : **69 07 80 259**
 - N° DMT : **181**
 - N° SIRET : **341 542 116 000 15**

Vous pouvez également **apporter votre prise en charge le jour de votre entrée.**

A défaut, **un chèque de caution du montant des dépassements d'honoraires** du chirurgien et de l'anesthésiste, vous sera demandé **au moment de l'entrée.**

IMPORTANT

Il n'y a pas de tiers-payant avec les mutuelles suivantes : **MGEN, SP SANTE, MAAF, MUTIEG, CAMIEG, ALMERYS.** Il vous faudra alors faire l'avance de la totalité des frais de la partie mutuelle et vous faire rembourser par la suite en envoyant la facture acquittée qui vous sera donnée à votre sortie.

Nous rappelons aux **patients étrangers ou frontaliers** qu'ils doivent impérativement arriver à la clinique avec leur prise en charge. A défaut, un chèque de caution de l'intégralité des frais sera demandé au moment de leur admission.

La Direction



CLINIQUE SAINT CHARLES

25 rue de Flesselles
69283 LYON Cedex 01
Tel : 04 72 10 26 26
Fax : 04 72 10 26 36

Mail : bureau.entrees@cliniquesaintcharles.fr

DEMARCHES A EFFECTUER AVANT VOTRE ENTREE A LA CLINIQUE

Cette grille vous aide à vous organiser : cocher l'avancée de votre préparation au fur et à mesure. La ramener signée le jour de votre hospitalisation, elle sera récupérée par l'infirmière en service.

VOUS DEVEZ VOUS PRÉSENTER À L'ACCUEIL DE LA CLINIQUE AVEC	PRÉPARÉ, FAIT
Consentement éclairé à une intervention chirurgicale signé	
Devis dépassement d'honoraires chirurgical signé	
Informations sur l'anesthésie signées	
Devis estimatif d'anesthésie signé	
Autorisation d'opérer pour les mineurs signée des 2 parents	
Chirurgie « hospitalisation le jour même » ou « ambulatoire » signé	
Carte nationale d'identité	
Carte mutuelle, demande de prise en charge faite	
Désignation de la personne de confiance (avertie) signée	
Radios, scanner, IRM, doppler concernant l'intervention	
Tout matériel prescrit (cannes, chaussures, bottes orthopédiques)	
Bilans sanguins, carte de groupe, ACI si demandé	
Respect du jeun prescrit sur « chirurgie hospitalisation le jour même » ou « chirurgie ambulatoire »	
Douche selon les consignes du chirurgien	
VOUS DEVEZ ANTICIPER AVANT VOTRE ENTREE	PRÉPARÉ, FAIT
Infirmière à domicile, kinésithérapeute prévus et contactés si nécessaire	
Médicaments et glace prévus/achetés	
Présence d'un accompagnateur pour aller-retour de la clinique	
Présence d'une personne la 1ère nuit	
Quotidien organisé : ménage, repas	

En cas de besoin, d'informations complémentaires ou de problèmes, vous pouvez appeler le secrétariat du chirurgien ou l'accueil de la clinique au 04 72 10 26 26.

Signature du patient

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation » (article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

▪ **Je soussigné(e)**

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Désigne comme personne de confiance :

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne, légalement capable, est : un proche un parent mon médecin traitant

Je désigne cette personne pour la seule durée de mon hospitalisation à la Clinique Saint Charles. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

J'informerai l'intéressé(e) majeur(e) de cette désignation et m'assurerai de son accord.

Fait le : à :

Signature du patient :

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

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 disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

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.

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

Vos directives anticipées seront conservées dans votre dossier médical à la clinique. 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.

Pour vous aidez dans la direction de vos directives anticipées, vous pouvez indiquer si vous le souhaitez certains articles de la loi, tels que :

«Qu'on n'entreprene, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie » (art. L1110-5)

« Que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abrégé ma vie » (art. L1110-5)

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Directives anticipées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée

Révocation :

- Je souhaite annuler l'ensemble des directives anticipées déclarées ci-dessus.
- Je souhaite modifier les directives anticipées déclarées ci-dessus ; auquel cas, je rédige un nouveau document « directives anticipées ».

Nom et signature.....