

AUTORISATION ET CONSENTEMENT POUR L'ANESTHÉSIE ET L'ACTE CHIRURGICAL

(MINEURS ET MAJEURS PROTÉGÉS)

Mère (nom et prénom) : Je soussignée : []
Titulaire de l'autorité parentale

Père (nom et prénom) : Je soussigné : []
Titulaire de l'autorité parentale

Responsable légal/tuteur (nom et prénom) : []

Donne mon plein consentement pour la réalisation d'actes d'anesthésie et de chirurgie nécessaires dans le cadre de la prise en charge de (nom du mineur ou du majeur protégé) :

lors de son hospitalisation prévue le (date) [] / [] / [] à la Clinique de Chartreuse.

J'atteste avoir reçu ces informations et avoir pris connaissance du contenu du document "Information et consentement du patient relatifs à l'anesthésie" et du contenu du document "consentement éclairé de chirurgie" qui m'ont été remis. J'atteste avoir été en capacité de poser les questions nécessaires à la prise en charge chirurgicale ou endoscopique et anesthésique.

Autorisation et consentement pour l'anesthésie et la chirurgie	
Date et signatures	
Mère ou représentant légal !	Père ou représentant légal !
Le/...../.....	Le/...../.....

Partie à remplir uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné(e) (nom et prénom) : []

Qualité : Mère Père Représentant légal *Cocher la mention utile*

Atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale (exposer la ou les raison(s)) :

Atteste sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées de l'autre titulaire de l'autorité parentale et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

Déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées (nom et prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone fixe ou portable) : []

Je confirme être informé(e), qu'hors situations renseignées ci-dessus, en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, interdit toute intervention anesthésique et/ou chirurgicale sur mon enfant en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou à moyen terme.

Mise à jour le 09/04/2018 - ENR ADM 025



10, rue Docteur Butterlin
BP 89 - 38503 VOIRON CEDEX
Tél. 04.28.63.38.38 Fax 04.76.05.86.51

**CE DOSSIER DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ,
SIGNÉ ET IMPÉRATIVEMENT RAPPORTÉ
À L'ACCUEIL**
**LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION
PRÉ ANESTHÉSIE**

**ETIQUETTE PATIENT
OU**

NOM-PRÉNOM :
NOM DE NAISSANCE¹ :
NÉ(E) LE À
PRATICIEN :
MÉDECIN TRAITANT (déclaré à la CPAM) :
MÉDECIN ADRESSEUR :

■ Vous êtes attendu à la Clinique le : [] à [] h *

*Pour l'ambulatoire, l'heure vous sera communiquée par téléphone la veille de votre intervention.

■ INTERVENTION : []

■ Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 3 derniers mois ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le pays :

■ Admission : Hospitalisation complète Ambulatoire Endoscopie Locales

A REMPLIR PAR LE PATIENT

PATIENT		ASSURE SOCIAL <i>à compléter si le patient n'est pas l'assuré</i>	
NOM	PRENOMS	NOM	PRENOMS
.....
NOM DE NAISSANCE ¹		NOM DE NAISSANCE ¹	
.....		
NE(E) LE	A	NE(E) LE	A
.....
ADRESSE		ADRESSE	
.....		
ADRESSE MAIL		PROFESSION	
.....		
N° de téléphone (ligne portable et fixe)		NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
.....		
Personne à prévenir (Nom et téléphone)		
.....		

¹ Faire figurer impérativement le nom de naissance si différent du nom d'usage

■ S'agit-il d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?

Oui Non Si oui, date :

■ Bénéficiez-vous d'un 100% ? Oui Non

Si oui, affection longue durée invalidité article 115

Autre(s) : _____

■ Etes-vous sous tutelle ou curatelle ? Oui Non

■ N° de sécurité sociale /

■ Nom et adresse de l'organisme de sécurité Sociale dont vous dépendez

■ Nom et adresse de votre organisme de Mutuelle  (Fournir une prise en charge)

1.	Hospitalisation complète	Ambulatoire	Endoscopie
	La chambre particulière : 65 €/jour <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Le tarif est appliqué par jour et non par nuit. Les chambres particulières sont attribuées dans la mesure des disponibilités.</i> La télévision : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 3,50 €/jour en chambre seule - 2 €/jour en chambre double <i>Merci de joindre un chèque de caution d'un montant de 45 € (qui vous sera restitué lors de votre sortie)</i> Le téléphone : 0,20 €/min <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Le wifi (gratuit) : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Désirez-vous une chambre particulière (45 €) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Utilisation du Wifi (gratuit) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

2. Frais de séjour

A l'issue de votre séjour et conformément à la législation en vigueur, vous pourrez être amené à régler les frais suivants (ces frais peuvent, selon votre couverture complémentaire, être pris en charge au titre du tiers payant).

AMBULATOIRE/ENDOSCOPIE : Participation assuré temporaire (par séjour) : 18 €

HOSPITALISATION : Participation assuré temporaire (par séjour) : 18 € Forfait journalier : 20 €

3. Traitement des données de santé à caractère personnel

Je, soussigné(e) _____, être informé(e) que dans le cadre de ma prise en charge, les données de santé à caractère personnel me concernant peuvent être échangées et partagées avec d'autres professionnels.

4. Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP est votre carnet de santé numérique. Il reprend votre historique médical, accessible via Internet. Le DMP peut-être créé avec votre accord.

Avez-vous un DMP ? Oui Non

Si oui, acceptez-vous que la Clinique consulte et alimente votre DMP ? Oui Non

J'atteste avoir validé l'ensemble des information ci-dessus (1, 2, 3 et 4)

Signature !

Merci de joindre au présent document votre carte d'identité, une prise en charge de votre mutuelle ou votre attestation CMU et/ou la copie de votre attestation de sécurité sociale ou votre feuille de soins en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

Nous vous demandons de nous faire transmettre la prise en charge de votre mutuelle par votre organisme complémentaire, par mail : accueil@cliniquedechartreuse.com

ou sur le site Internet : <https://www.cliniquedechartreuse.com/espace-patients/votre-admission/>

Finess 380 780 288 Code DMT (Chirurgie : 181 ; Endoscopie : 174)

ADMISSION

Hospitalisation complète

Ambulatoire

Endoscopie

Locales

CE DOSSIER DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ, SIGNÉ ET IMPÉRATIVEMENT RAPPORTÉ À L'ACCUEIL

LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION PRÉ ANESTHÉSIE

ETIQUETTE PATIENT
OU

NOM-PRÉNOM :

NOM DE NAISSANCE¹ :

NÉ(E) LE _____ À _____

PRATICIEN :

MÉDECIN TRAITANT (déclaré à la CPAM) :

MÉDECIN ADRESSEUR :

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Avez-vous des allergies alimentaires ?

Oui Non

Si oui, un formulaire spécifique est disponible. N'hésitez pas à le demander au moment de votre arrivée dans le service.

PERSONNE DE CONFIANCE (MAJEURS UNIQUEMENT)

LOI DU 4 MARS 2002 : « Art. L. 1111-6. - 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, à moins que le malade n'en dispose autrement. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Je soussigné(e), [Nom, prénom]....., déclare désigner [Nom, prénom]

Conjoint Parent Tuteur Enfant Frère/Soeur Ami(e) Médecin traitant Autre :

domicilié à [adresse] :

Téléphone :, comme personne de confiance pour la durée de mon séjour à la Clinique de Chartreuse.

Fait à, Le

Signature !

CONSENTEMENTS (MAJEURS UNIQUEMENT)

Consentement éclairé chirurgical & endoscopique

Votre praticien vous a remis un document intitulé "consentement éclairé".

J'atteste avoir reçu ces informations de la part du praticien et avoir pris connaissance du contenu du document "consentement éclairé" qui m'a été remis par le chirurgien. J'atteste avoir été en capacité de poser les questions nécessaires à ma prise en charge, lors de la consultation avec le Dr.....

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention ou l'examen prévu(e) dans les conditions précisées dans le document "consentement éclairé".

Date :

Signature !

Consentement anesthésie

Votre anesthésiste vous a remis un document intitulé "information et consentement du patient relatifs à l'anesthésie".

J'atteste avoir reçu ces informations et avoir pris connaissance du contenu du document "information et consentement du patient relatifs à l'anesthésie", qui m'a été remis par l'anesthésiste. J'atteste avoir été en capacité de poser les questions nécessaires à la prise en charge anesthésique, lors de la consultation avec le Dr.....

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'anesthésie nécessitée par mon état de santé en fonction de l'intervention ou l'examen à réaliser.

Date :

Signature !

¹ Faire figurer impérativement le nom de naissance si différent du nom d'usage