



Dossier à compléter Pour votre consultation d'anesthésie

Le <u>livret d'accueil complet de la clinique</u> est disponible sur le site internet de l'Etablissement et peut vous être envoyé par mail ou remis lors de votre consultation d'anesthésie.

ACCUEIL: 04 79 26 80 80

ANESTHÉSISTE: 04 79 26 81 81

URGENCES: 04 79 26 82 82

https://www.medipole-de-savoie.fr

••• Prendre rendez-vous avec l'anesthésiste

Par Internet : sur le site <u>www.medipole-de-savoie.fr</u> ou <u>http://patient.medipole-de-savoie.fr</u>

Par téléphone : 04 79 26 81 81 du Lundi au Vendredi de 8h15 à 18h20.

Ou sur place après la consultation chirurgicale.



Le jour de votre consultation d'anesthésie

Merci de compléter :

☐ Le questionnaire médical d'anesthésie
☐ La feuille de consentement
☐ La fiche d'admission
☐ La fiche de désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir
☐ L'autorisation d'opérer signée par les deux parents pour un enfant mineur et patient sous tutelle
☐ La feuille des suppléments susceptibles de rester à la charge du patient et le choix de la chambre
Merci d'amener :
☐ Votre carte d'identité nationale ou passeport, titre de séjour
☐ Votre carte d'identité nationale ou passeport, titre de séjour Pour les enfants : le livret de famille ou la carte d'identité nationale de l'enfant ainsi que celle de l'un des parents
Pour les enfants : le livret de famille ou la carte d'identité nationale de l'enfant ainsi que celle de l'un des parents

☐ Votre carte de groupe sanguin et les résultats d'analyses biologiques si vous en avez



Questionnaire Médical d'Anesthésie

MEDICARE: ANESTHESIE - REANIMATION - DOULEUR A REMPLIE AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

En prévision de votre intervention, vous allez rencontrer l'un des médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la Clinique. Il vous informe que, afin de vous assurer une surveillance péri-opératoire de qualité en coordination avec le suivi chirurgical ainsi qu'une permanence des soins urgents, il leur est indispensable de travailler en équipe. Ainsi, sauf demande expresse de votre part (afin de respecter votre libre choix), chacun de ces médecins prendra connaissance de votre dossier et pourra être amené à vous visiter ou vous prodiguer des soins lors de votre séjour à la Clinique.

Il est nécessaire que les mineurs soient accompagnés de l'un de leurs deux parents ou à défaut d'un parent proche majeur avec une décharge signée par un représentant légal.

Votre transport (Aller – Retour) médicalisé (V.S.L. – Ambulance etc.) pour vous rendre à la consultation d'anesthésie ne pourra être pris en charge que sur prescription (Médecin Traitant / Chirurgien).

QUELQUES CONSEILS IMPORTANTS

Si vous possédez les documents suivants : Carte de groupe sanguin, Résultats d'examens de sang, d'urines, Comptes-rendus (cardiologues, allergologues, hématologues, pneumologues, ...), n'oubliez pas de les apporter lors de la consultation d'anesthésie.

- Si vous prenez l'un des médicaments suivants, la secrétaire des anesthésistes pourra être amené à vous proposer un rendez-vous au moins huit jours avant l'intervention, un rendez-vous avec le médecin anesthésiste :
 - ANTI-AGREGANTS: Aspirine (ou) Aspegic, Ticlid, Plavix, Duoplavin ou médicaments contenant de l'aspirine
 - ANTI-COAGULANTS: Sintrom, Coumadine, Previscan, Xarelto, Pradaxa Eliquis etc.,
 - Neurolitium, Teralithe, Insuline
- Si vous prenez un traitement pour le cœur ou la tension, ne l'arrêtez pas sans l'avis du médecin anesthésiste.
- Les consignes de jeûne vous seront expliquées lors de la consultation ou par l'infirmière la veille de l'intervention. Ils varient selon l'heure d'intervention prévue, le type de liquides que vous pouvez prendre, vos antécédents et l'âge pour les enfants.

Information sur l'anesthésie (page 3 du Livret d'accueil).

Profe Coche	:	Prénom : Age : Poids : Taille : Médecin Traitant : Si vous avez des traitements en cours, détaillez-les et APPORTEZ votre (vos) ordonnance(s) :
	1. 2. 3. 4.	Fumez-vous ? (Nombre de cigarettes/jour) Avez-vous ou buvez-vous actuellement de l'alcool tous les jours ? Prenez-vous des drogues pures (hors médicaments) ? Suivez-vous actuellement un régime ? Si oui, lequel ?
	5. 6.	Pour une femme : - Etes-vous enceinte ou avez-vous un retard de règles ? - Prenez-vous un contraceptif (pilule) ? Pour un enfant :
		- Est-il né à terme ? - A t-il été hospitalisé en particulier lors de sa première année ? Avez-vous déjà été endormi (anesthésie générale) ? Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, citez vos opérations et la date approximative :
	9.	Avez-vous fait des incidents ou accidents à l'occasion d'une anesthésie locale ou générale ? Si oui, lesquels ?
	10.	Avez-vous été soignée pour le cœur : Si vous êtes suivi par un cardiologue, donnez son nom : - Pour un infarctus du myocarde, angine de poitrine ? - Pour une Phlébite ? - Pour une embolie pulmonaire ?

OUI	NON		
			- Pour une Artérite ?
			- Pour une hypertension ?
			- Pour un souffle au cœur ?
			- Pour une Arythmie ?
			- Pour le cœur et les vaisseaux
			- Avez-vous un STENT ?
		11.	Avez-vous été soigné pour les poumons ?
			- Avez-vous un syndrome d'apnée du sommeil ?
			Si oui, êtes vous appareillé pour cela ?
			- Faites-vous 3 bronchites ou plus dans l'hiver ?
_			- Avez-vous de l'asthme ?
			- Avez-vous été soigné pour une tuberculose pulmonaire ou autre localisation ?
		12	
_			Avez-vous été soigné pour une maladie rénale ou urinaire ?
		13.	Avez-vous souffert ou souffrez-vous de maladies neurologiques ?
			- Souffrez-vous de migraine ?
			- Souffrez-vous d'anxiété ?
			- Avez-vous fait une dépression ?
			- D'épilepsie ?
			- De perte de connaissance ?
			- D'une paralysie ?
			- D'une sciatique ?
			- D'une maladie de Parkinson ?
			- De troubles de mémoire ?
		14.	Avez-vous été soigné pour des problèmes digestifs ?
			- Avez-vous présenté ou présentez-vous actuellement un ulcère d'estomac, du reflux, une hernie hiatale ?
			- Avez-vous fait une jaunisse ? (excepté l'ictère du nourrisson), une Hépatite ?
		15.	Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez du diabète ?
			Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez du Cholestérol ?
			Avez-vous eu du paludisme, une maladie ou une autre maladie infectieuse ?
			- Avez-vous un test H.I.V (SIDA) ou hépatite positif ?
			- Avez-vous été hospitalisé depuis moins d'un an à l'étranger (quel pays ?) ?
			- En France (dans quelle ville) ?
			- Avez-vous eu une chirurgie de la rétine, une neurochirurgie ?
		18	Avez-vous saigné plus qu'une journée après une plaie ou une opération ?
		10.	- Y a-t-il des hémophiles dans votre famille?
	_	40	- Avez-vous eu une transfusion de sang?
			Souffrez-vous d'un glaucome ? (maladie des yeux)
		20.	Avez-vous une allergie connue ?, en particulier à :
			- Des antibiotiques ?
			- D'autres médicaments ?
			- Au latex ?
			- Des produits de contrastes radiologiques, scanner, désinfectant, ?
			- Des tests ont-ils été faits ? (Résultats à apporter)
		21.	En dehors de l'allergie, y a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas ?
			Si oui, lesquels ?
		22.	A-t-on parlé pour vous ou votre famille : d'hyperthermie maligne, de mastocytose, d'œdème angioneurotonique,
			de myopathie ou de porphyrie ?
		23.	Y a-t-il eu un décès inexpliqué chez un membre de votre famille de – de 50 ans ?
			Au niveau dentaire :
			- Avez-vous des dents fragiles : dents « branlantes », dents sur pivot, etc?
			- Portez-vous un appareil dentaire ?
		25	Portez-vous des verres de contact ?
			Avez-vous d'autres problèmes de santé à préciser ?
_			



300 Avenue des Massettes 73 190 CHALLES LES EAUX

Tél: 04 79 26 80 80 Fax: 04 79 26 80 30

Feuille de consentement

MEDICARE: ANESTHESIE - REANIMATION

DOCUMENT A REMETTRE SIGNE A L'INFIRMIERE

A VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE

NOM :	Prénom :	
Au cours de la consultation d'anesthésie du//	avec le Dr	pour une intervention
l'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des ris	saues de l'anesthésiel'ai nu r	noser toutes les questions

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthèsie. J'ai pu poser toutes les questions utiles et j'ai compris les réponses qui m'ont été données.

J'ai été informé du fait que si une transfusion de sang ou de dérivés sanguins est jugée indispensable par les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs, elle serait réalisée en particulier si le pronostic vital est mis en jeu.

Si vous souffrez d'un syndrome du sommeil et si vous êtes appareillé, vous devez absolument amener votre appareillage le jour de votre hospitalisation, même en ambulatoire.

M'ont été remises les informations sur l'anesthésie et la transfusion sanguine, les règles pour l'anesthésie ambulatoire, en particulier **d'être accompagné pour le retour à domicile.**

J'assure venir à jeun le jour de mon intervention : ne pas manger ou boire de laitages ou de jus de fruits, ni fumer, ni mâcher de chewing-gum **au moins 6 heures avant** l'heure d'admission ; et ne pas boire de liquides clairs (eau, café ou thé sucré mais sans aucun laitage) au moins 3 heures avant l'heure d'admission à la clinique, **sous réserve de l'avis de votre médecin anesthésiste.** La collation et les boissons doivent être consommées dans le respect strict de ces horaires et en quantité modérée.

En cas de non-respect de ces consignes, votre intervention pourrait être reportée.

Ce document ne décharge en aucune façon la responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur à mon égard.

En cas de contact accidentel par votre sang d'un membre du personnel soignant, acceptez-vous que l'on effectue un contrôle de votre état sérologique Hépatite B, C et HIV : OUI 📮 - NON 📮

Honoraires

MEDICARE: ANESTHESIE - REANIMATION

Votre intervention pourra donner lieu à un dépassement d'honoraires pour l'anesthésie calculé sur une base de 50% de celui de votre chirurgien lorsqu'il prend un dépassement, avec un minimum de 25 euros dans les autres cas notamment pour les endoscopies digestives, et forfaitairement pour la chirurgie ORL et dentaire.

Vous trouverez, soit à l'affichage en salle d'attente des anesthésistes, soit sur notre site internet du Médipôle de Savoie, des montants de dépassement couramment pratiqués pour certains actes fréquents.

Le règlement devra être effectué au Bureau des Sorties le jour de votre départ, ou lors de votre entrée si vous êtes en ambulatoire, par chèque établi à l'ordre de Médipôle de Savoie. Le montant sera porté sur votre feuille de maladie ou votre facture. Il pourra éventuellement faire l'objet d'un remboursement par votre mutuelle, selon votre contrat.

Date ://	Signature
----------	-----------



Fiche d'admission

A RAPPORTER <u>IMPERATIVEMENT COMPLETEE</u> LE JOUR DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE ET A DEPOSER A L'ACCUEIL

Cadre réservé à l'établissement :

Fax des Admissions : 04 79 26 83 90 @ : admissions@medipole-de-savoie.fr

@:admissions@medipole-de-sa	<u>voie.fr</u>		N° pré-admission :
			N° dossier :
RADDEL · Dià	àces à fournir impér	ativement l	lors de la pré-admission
Carte vitale	eces a rourriii iiriper	auvement	iors de la pre-admission
Carte de mutuelle			
Carte d'identité, passe	nort carte de séiour d	nu livret de f:	amille du natient
- Carto d'Idontito, passo	port, darte de dejedir (Sa iiviot do ii	arrille da pationt
INFO	RMATIONS CON	ICERNAN	NT LE PATIENT
NOM :		Prénom:	
NOM de naissance :			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :		Lieu de na	aissance :
Adresse:			
Tel.:			
Sexe: M F			articiper à une enquête de satisfaction)
Date d'entrée (JJ/MM/AAAA) :/.			
·		même)	Hospitalisation classique (reste au moins une nuit)
votro type a ricopitanoation.	ATTIOCIATION (SOFT IC JOUR	meme)	- 1 respitation states que (reste au moins une nuit)
Bénéficiez-vous d'un Régime Exonéran	t (longue maladie en r	apport avec	votre intervention): OUI NON
Si OUI, cochez la mention corresponda	nte:		
Affection Longue Durée	Article 115	Invalidite	é
Accident de Travail ou Maladie Pro (Apporter la déclaration de l'emp		Date :	./
Bénéficiez-vous de la CMU :	DUI NON		
INFORMATION	S CONCERNAN	T L'ASSU	JRE SOCIAL PRINCIPAL
NOM de l'assuré :		Prénon	n :
NOM de naissance :		Date de	e naissance (JJ/MM/AAAA) :///
N° de Sécurité Sociale :			
Nom et adresse de la Caisse :			

(Amener 2 photocopies de la carte recto-verso)

Nom de votre mutuelle complémentaire : ..



Fiche de désignation d'une personne de confiance et d'une personne à prevenir

A REMPLIR IMPERATIVEMENT AVEC LA FICHE D'ADMISSION

Le patient			
Je soussigné(e),			
NOM :	Prénom(s) :	NOM de naissance :	
Date de naissance :/	/		
Adresse:			
Admis(e) au sein de l'établisser	nent à compter du/	/	
Je souhaite désigner une pe	<u>rsonne à prévenir</u> (nous dev	ons pouvoir lui téléphoner en cas d'urgence) :	
NOM:		Prénom :	
Téléphone(s):			
☐ Je ne souhaite pas désigner	de personne de confiance		
	la mesure où vous ne pour	peut être la même ou une autre, elle peut être présente à v riez pas exprimer votre volonté ou recevoir les information	
-		NOM de naissance :	
Date de naissance :/			
Adresse:			
J'informerai de cette désigna peut être supprimée à tout n		rerai de son accord. J'ai été informé(e) que cette désignat	ion
Fait à:		Signature du patient :	
Le:/			



Parent 1

Autorisation d'opérer pour mineur et adulte sous tutelle

Pour les MINEURS : Selon la loi du 4 mars 2002, il est impératif que l'autorisation des soins soit délivrée par les <u>deux titulaires de l'autorité parentale</u>, si cette dernière est exercée en commun.

Dans le cas contraire, il faut que vous apportiez la preuve que vous exercez seul(e) l'autorité parentale.

<u>ENFANT</u>
□ Nous, soussignés, Met M ^{me}
Autorisons et Certifions
☐ Je soussigné(e) M., M ^{me}
Autorise, Certifie
Que notre (mon) Enfant :
ADULTE SOUS TUTELLE
☐ Je soussigné(e) M., M ^{me}
Autorise, Certifie
Que l'adulte sous tutelle :
En qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale :
Après information reçu par le Docteur :, Chirurgien
et par le Docteur :, Anesthésiste
Certifie:
 Avoir reçu une information claire sur l'anesthésie et l'acte prévu, tant au niveau des techniques envisagées que des risque encourus.
 Donner l'autorisation à pratiquer une anesthésie.
Donner l'autorisation d'opérer et de réaliser tous soins s'y rapportant.
 Donner l'autorisation que tous les actes non prévus que le chirurgien estimerait nécessaires en cours d'intervention soier effectués sous anesthésie locale, locorégionale, générale.
Fait à
Le:///
Signature du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale :

Parent 2

Représentant légal



Attestation de responsabilité en cas d'absence d'un parent

ATTESTATION SUR I	<u>'HONNEU</u>	<u>JR</u>		
☐ Je soussigné(e), Madame/Monsieur*				, vous informe que
mon fils/ma fille*no	é(e) le	/	/	doit être opéré(e)
lepar le Docteur				pour l'intervention :
J'ai bénéficié d'une information claire et complète quant au bénéfic				
Cependant, je n'ai pu recueillir l'autorisation du père/de la mère* de malgré les différentes tentatives que j'ai pu mettre en œuvre pour le		ur dont je	suis sépa	aré(e) et sans nouvelles
Je prends l'entière responsabilité de faire réaliser cette intervention de cause et en ayant mis tout en œuvre pour obtenir l'autorisation				toutes connaissances
Attestation établie pour servir et valoir ce que de droit.				
	Fait à			,
	le	/	/	
	Signatur	re:		
(Mentions à préciser)*				
SORTIE D'UN M				
Madame, Monsieur,				
La sortie de votre enfant ne pourra être autorisée qu'en présence or pièce d'identité, ou d'une personne qu'ils auront nommément désignant de la comme				
Sortie prévue avec tierce personne majeure □				
J'autorise M. ou M ^{me} :				(Nom et Prénom)
A sortir le mineur :				(Nom et Prénom)
Du Médipôle de Savoie				
	A Challe Signatur		ıx, le :	/



Suppléments honoraires et hoteliers susceptibles de rester à la charge du patient

Patient :		
Date d'intervention :	CCAM Intervention:	
Date d'entrée ://		
Ce devis, remis par le chirurgien lors de la consuconsultation pré-opératoire, devra être déposé au bu		
A la consultation du Chirurgien ou Spéci	aliste	Signature du patient
Conventionnés à honoraires libres		pour chaque supplément demandé
Un supplément d'honoraires d'un montant de	€	
vous sera demandé par votre chirurgien / médecin, le Dr		
J'accepte le supplément d'honoraires et m'engage à le régl	er.	
A la consultation d'Anesthésistes		Signature du patient
Conventionnés à honoraires libres		Signature du patient
Un supplément d'honoraires d'un montant de	€	
vous sera demandé par votre anesthésiste, le Dr		
J'accepte le supplément d'honoraires et m'engage à le régl	er	
Suppléments de l'Etablissement pour	demandes particuliè	res à votre entrée
☐ Je déclare avoir pris connaissance des suppléments app	oliqués par l'établissem	nent
Je reconnais avoir demandé :		
une chambre individuelle (Selon les disponibilités le jour	de l'entrée)	
Hospitalisation / jour : 75 €		
• Ambulatoire / jour : 20 €		
une chambre handicapée		
☐ la télévision : 4 € / jour	turation colon los comp	nunications pagaées
 □ le téléphone : Forfait de mise à disposition : 5 € + fac □ l'accès internet : 2 € / jour 	turation seion les comi	nunications passees
Tabood interrior: 2 e / jour	la m'angaga à affact	uar la ràglamant naux taua las
Informations suppléments accompagnant :	suppléments correspo	uer le règlement pour tous les ondants.
Repas accompagnant : 10 €		
Lit accompagnant : 10 € Petit-déjeuner accompagnant : 4 €	Nombre de cases cod	
Total dejourner decompagnant	Date://///	
	olgilatare da patier	
Si aucune convention n'est établie entre l'établissement et v	otre mutuelle, vous de	vez faire l'avance des frais non pris

en charge par l'assurance maladie.

Ces suppléments peuvent être pris en charge totalement ou partiellement par votre mutuelle, selon votre contrat.



Suppléments susceptibles de rester à la charge du patient

Selon votre couverture par les organismes sociaux (Sécurité Sociale et caisses particulières) et les complémentaires (mutuelles, etc.), certains suppléments peuvent rester à votre charge.

Compléments d'honoraires Médicaux

Le conventionnement en secteur II et le contrat d'accès aux soins permettent aux praticiens de valoriser le tarif de base de la Sécurité Sociale pour tenir compte des circonstances, des difficultés et / ou des risques liés à l'intervention, de la notoriété des praticiens ; et ce pour faire face à l'accroissement des charges non compensées par l'augmentation du tarif de la Sécurité Sociale.

Seuls les frais d'honoraires ayant fait l'objet d'une information relative à leur montant dans le livret d'accueil ou ayant fait l'objet d'un devis signé seront susceptibles d'être facturés aux patients pour des actes réalisés au cours de leur séjour.

Outre celui demandé par le chirurgien que vous avez expressément choisi, un supplément pourra vous être demandé par les praticiens anesthésistes suivant les modalités précisées page 4.

Pour les radiologues ayant signé le contrat d'accès aux soins, leur supplément n'excédera pas 20 €uros par séjour.

Suppléments Hôteliers

L'établissement peut facturer des frais hôteliers sur :

- La chambre individuelle : vérifier la prise en charge par votre mutuelle.
- La télévision,
- Le téléphone,
- L'accès internet,
- Les repas et lits d'accompagnants,
- Le forfait journalier pour la Sécurité Sociale.

A défaut de la prise en charge en tiers payant par votre mutuelle, ils sont à régler au moment de votre départ.

Si vous désirez bénéficier d'une chambre particulière, signalez-le au moment de la pré-admission. Compte-tenu de l'activité de l'établissement, il est possible que le rythme des sorties et des urgences ne nous permette pas de vous attribuer la chambre particulière que vous auriez souhaitée. Dans ce cas, nous vous demandons de bien vouloir nous en excuser.

Les services sont à votre disposition pour toute information relative à ces aspects.

Nous vous remercions de votre compréhension et restons à votre disposition pour toutes informations.

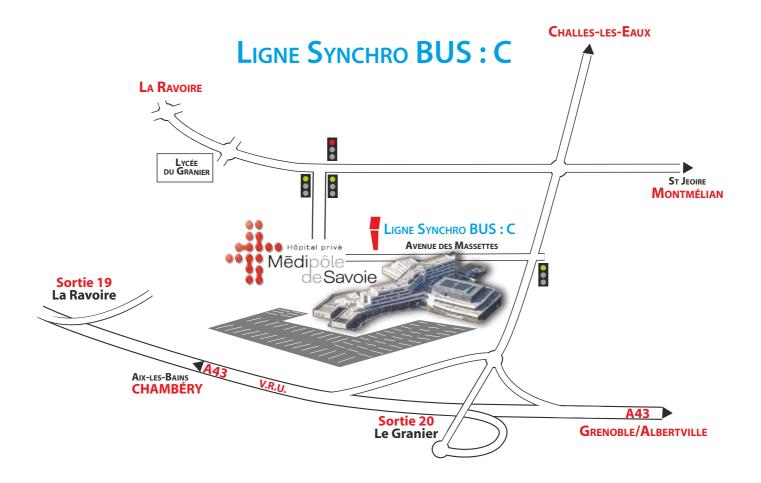
La Direction

LISTE DES PRATICIENS DU MEDIPOLE DE SAVOIE

CHIRURGIE

AUTRES SPECIALITES

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE MEMBRE INFERIEUR		ANESTHESIE - REANIMATION	04 79 26 81 81
. Dr BOVIER LAPIERRE Philippe	04 79 26 81 14	. Dr ATOUI Alexandre . Dr DOUSSON Didier . Dr RINGOT Emmanuel	
. Dr BRANFAUX Marc	04 79 26 81 11	. Dr CANTAN Renaud . Dr DURAND Christine . Dr ROGER Frédéric	
. Dr BUISSON Laurent	04 79 26 81 12	. Dr CHAFFARD Antoine . Dr GOURLE Céline . Dr SAUNIER Laurent	
. Dr ESTOUR Gilles	04 79 26 81 17	. Dr CORBONNOIS Gilles . Dr JANDARD Céline . Dr SIMONEAU Sophie	
. Dr MORIN Vincent	04 79 26 81 18	. Dr CREPIN Sandrine . Dr LEFORT Stéphanie . Dr YILDIZ Cihan	
. Dr PINAROLI Alban	04 79 26 81 15	. Dr DEBOUIT Jean-Marc . Dr MONGENOT Frédéric	
. Dr FAVRE Eric	04 79 68 95 44	. Dr DOUPEUX Luc . Dr POUPARD Marc	
. Dr VERJUX Thierry	06 62 22 95 55		
CHIRURGIE DE LA MAIN ET ORTHOPEDIQUE DU MEMBRE SUPERIEUR		ALLERGOLOGIE	
. Dr BENASSAYAG Mickaël	09 70 71 09 71	. Dr JACQUIER Jean Pierre *	04 79 96 30 07
. Dr DEBUS Gautier			
. Dr MESQUIDA Virginie		ANGIOLOGIE	
. Dr DE MOURGUES Philippe		. Dr BRUNENGO Marc / Dr TOURVIEILLE Isabelle	04 79 26 80 16
. Dr PRADEL Philippe			
. Dr DE SORAS Xavier		CARDIOLOGIE	
		. Dr BELLEMIN Jean-Philippe	04 79 26 80 56
MEDECINS DU SPORT		. Dr BEL Véronique	04 79 26 80 55
. Dr DESCOMBE Fabrice / Dr EXARTIER Marlène / Dr REDON Caroline	09 70 71 09 71	. Dr CRESSENS Jean-Pierre / Dr FAVET Pierre	04 79 26 80 66
. Dr ROOSE Corentin	04 79 68 95 44	. DI CRESSENS Jean-Pierre / DI PAVET Pierre	04 /9 20 80 00
. Di ROOSE colentali	04 73 00 33 44	DIABETOLOGIE / ENDOCRINOLOGIE / NUTRITION	
CHIRURGIE DIGESTIVE		. Dr CORBONNOIS Pauline *	04 79 75 78 95
. Dr BOZIO Guillaume	04 79 26 81 57		
. Dr CHOLIN Nicolas	04 79 26 81 58	PNEUMOLOGIE	
. Dr MAYLIN Vincent	04 79 26 81 56	. Dr LIEUTAUD Jacques *	04 79 96 36 26
. Dr RUER Vincent	04 79 26 81 56	. DI LICOTADO Jacques	04 79 90 30 20
. DI NOLIN VIIICCIII	0473200130	ONCOLOGIE - HEMATOLOGIE	
GASTRO-ENTEROLOGIE		. Dr MILLE Dominique / Dr REBISCHUNG Christine (Oncologie)	04 79 26 80 61
. Dr AUROUX Jean / Dr BALAS Maria / Dr CORDIER Laurent /	04 79 26 81 46	. Dr ROQUES Bertrand (Oncologie digestive)	04 79 26 81 36
. Dr WAGON Dominique		. Dr CORM Selim / Dr SENECAL Delphine (Hématologie)	04 79 26 80 61
. Dr CERVEAU Francois / Dr ROQUES Bertrand	04 79 26 81 36	, (
		MEDECINE / MEDECINE A ORIENTATION PALLIATIVE	04 79 26 80 80
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE		. Dr BRULEY David / Dr SAINT GUILHEM Philippine	0.7520000
. Dr BOILEAU Laurent / Dr TARDIF THEULIER Sophie	04 79 26 80 88	13. 3.10.2.1. 30.1.2.7 3. 1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.	
. Dr HEDDE Audrey / Dr NIKOLITCH Georges	04 79 26 80 89	SSR	04 79 26 82 04
	0.7520000	. Dr BONIN Christelle / Dr PAYRAUD Elodie	0.7020020.
OPHTALMOLOGIE			
. Dr COSOFRET Despina / Dr LAFONTAINE Pierre Olivier / Dr LESOIN Antoine *	04 79 69 42 98	UNITE EPILEPSIE ET SOMMEIL	
, .			
. Dr MAY Alexander / Dr MUSSON Cécile		. Dr DOUDOUX Hannah / Dr HAMELIN Sophie / Dr SYLVESTRE Manon *	04 85 86 00 90
. Dr PELLAT Bernard *	04 79 75 10 02	. Dr LIEUTAUD Jacques *	04 79 96 36 26
. Dr CHAPPELET Marc / Dr GAVARD Olivier / Dr LACHARME Tiffany *	04 79 75 02 75	. Dr PORRET Cédric *	04 79 61 57 69
. Dr ZERDAB Yvan		. Dr WEICK Diane *	04 79 71 45 80
CUINUNCIFOR		DADIOLOGIE FOLIOCHADUE IDM CCAMBIED	
CHIRURGIE ORL Dr CALLOC'H Frédéric *	04 70 61 57 60	RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE - IRM - SCANNER	04 70 26 92 92
	04 79 61 57 69	. RADIOLOGIE	04 79 26 83 83
. Dr CHAUVET Edouard	04 79 26 84 96	. SCANNER	04 79 26 83 77
. Dr NAVAS Jean-François *	04 79 33 52 03	. IRM	04 79 26 83 81
. Dr PORRET Cédric *	04 79 61 57 69		
CHIRURGIE MAXILLO FACIAL		LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES	04 79 26 84 84
Dr JULIEN SAINT AMAND Marc	04 79 26 80 96	ENDOTOTIC D PRINCIPLE WILDICALLS	UT 13 4U 04 84
- 		LABORATOIRE D'ANATOMO PATHOLOGIE	
CHIRURGIE PLASTIQUE et RECONSTRUCTRICE		. CHAMBERY	04 79 68 69 50
. Dr DELGOVE Laurent / Dr GROSDIDIER Antoine *	04 79 85 63 96	. PRINCY	04 50 45 05 91
STOMATOLOGIE		URGENCES	04 79 26 82 82
. Dr ALLEGRE Pierre *	04 79 75 00 06	. Dr ALVAREZ Antonio / Dr DUMOULIN Bertrand / Dr FEUILLAT Alain /	
. Dr BAYET Bernard *	04 79 96 22 30	. Dr JONQUIERT-LATARJET Aude / Dr LARBI Boubaker / Dr MEFAREY Antoine /	
. Dr CALVELLI Bruno *	04 79 62 08 28	. Dr MELLOT Pierre-Benoit / Dr PANTALEO Valérie	
. Dr CHENET Patrick *	04 79 85 37 08		
CHIRURGIE UROLOGIQUE			
. Dr FRANCOIS Marie / Dr MOIROUD Franck / Dr POISSON Jean François	04 79 26 81 66		
. Dr TARDIEU Arnaud	04 79 26 81 67		
. Dr VERINE Jean-Luc	04 79 26 81 68		
CHIDITIPCIE VASCITI AIDE			
CHIRURGIE VASCULAIRE Dr DE LAMBERT Albéric / Dr PENILLON Sébastien / Dr VOIRIN Laurent	04 79 26 80 46		
DI DE ENVIDENT AIDERE / DI PENVILLON SEDASUETI / DI VOIRIN EduTERE	J- 1 J ZU OU 40	*Ces médecins ont leur cabinet de consultations à l'extérieur du	Médipôle



Coordonnées GPS de Médipôle: 05° 58' 13" - 45° 32' 41" N

Médipôle de Savoie

300 Avenue des Massettes 73190 CHALLES-LES-EAUX