



Dossier à compléter Pour votre consultation d'anesthésie

Le livret d'accueil complet de la clinique 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>



→ Ce dossier est à déposer à l'accueil du Médipôle de Savoie à la sortie de votre consultation avec l'Anesthésiste.
Vous devez réaliser votre pré-admission le jour de votre consultation d'anesthésie, prévoyez un temps nécessaire.



Prendre rendez-vous avec l'anesthésiste

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

Par téléphone : 04 79 26 81 81 du Lundi au Vendredi de 8h00 à 18h00.

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

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 vitale
- ☐ Eventuellement, la feuille d'accident du travail remise par votre employeur
- ☐ 1 copie de votre carte mutuelle et/ou la prise en charge de cet organisme

En prévision de votre intervention, vous allez rencontrer l'un des médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la Clinique. Ils vous informent 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 préalable (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, demandez si possible, au moins huit jours avant l'intervention, un rendez-vous avec le médecin anesthésiste :

- ANTI-AGREGANTS : Aspirine (ou) Aspegic, Ticlid, Plavix, Duoplatin 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,

NOM : Prénom : Age :

Profession : Poids : Taille :

Médecin Traitant :

Si vous avez des traitements en cours, détaillez-les et APPORTEZ votre (vos) ordonnance(s) :

	Cocher la case	
	OUI	NON
1. Fumez-vous (Nombre de cigarettes/jour) ?	☐	☐
2. Avez-vous ou buvez-vous de l'alcool tous les jours (0,5L de vin, 1L de bière, 3 verres d'apéritifs) ?	☐	☐
3. Prenez-vous des drogues pures (hors médicaments) ?	☐	☐
4. Suivez-vous actuellement un régime ? Si oui, lequel ?	☐	☐
5. Pour une femme :		
- Etes-vous enceinte ou avez-vous un retard de règles ?	☐	☐
- Prenez-vous un contraceptif (pilule) ?	☐	☐
6. Pour un enfant :		
- Est-il né à terme ?	☐	☐
- A-t-il été hospitalisé en particulier lors de sa première année ?	☐	☐
7. Avez-vous déjà été endormi (anesthésie générale) ?	☐	☐
8. 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 ?	☐	☐

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 fait un accident vasculaire cérébral ?	☐	☐
15. 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 ?	☐	☐
16. Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez du diabète, du Cholestérol ?	☐	☐
17. 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 ?	☐	☐
- Y a-t-il des hémophiles dans votre famille ?	☐	☐
- Avez-vous eu une transfusion de sang ?	☐	☐
19. 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 iodés ?	☐	☐
- 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 inexplicable chez un membre de votre famille de – de 50 ans ?	☐	☐
24. 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 ?	☐	☐
26. Avez-vous d'autres problèmes de santé à préciser ?	☐	☐
.....		
.....		
.....		

Feuille de consentement

MEDICARE : ANESTHESIE - REANIMATION

**DOCUMENT A REMETTRE SIGNE A L'INFIRMIERE
A VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE**



**300 Avenue des Massettes
73 190 CHALLES LES EAUX
Tél : 04 79 26 80 80
Fax : 04 79 26 80 30**

NOM : Prénom :

Au cours de la consultation d'anesthésie du/...../..... avec le Dr pour une intervention chirurgicale prévue le/...../..... :

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie. 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 en se basant sur la base de remboursement établie par la sécurité sociale et qui sert de valeurs de référence pour votre mutuelle. Ce montant vous sera communiqué et fera l'objet d'un devis, (page 12) que vous devrez obligatoirement signer.

Vous trouverez, en salle d'attente des anesthésistes, les montants des dépassements 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 IMPERATIVEMENT COMPLETEE LE JOUR
DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE ET A DEPOSER A L'ACCUEIL**

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

Cadre réservé à l'établissement :

N° pré-admission :

N° dossier :

RAPPEL : Pièces à fournir impérativement lors de la pré-admission

- ☐ Carte vitale
- ☐ Carte de mutuelle
- ☐ Carte d'identité, passeport, carte de séjour et livret de famille du patient (pour le patient mineur)

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

NOM : Prénom :

NOM de naissance :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / / Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : Adresse mail :

(A remplir notamment pour participer à une enquête de satisfaction)

Sexe : ☐ M ☐ F Profession :

Nom du médecin traitant :

Nom du chirurgien :

Date d'entrée (JJ/MM/AAAA) : / /

Votre type d'hospitalisation : ☐ Ambulatoire (sort le jour même) ☐ Hospitalisation classique (reste au moins une nuit)

Bénéficiez-vous d'un Régime Exonérant (longue maladie en rapport avec votre intervention) : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, cochez la mention correspondante :

☐ Affection Longue Durée ☐ Article 115 ☐ Invalidité
☐ Accident de Travail ou Maladie Professionnelle ➔ Date : / /

(Apporter la déclaration de l'employeur)

Bénéficiez-vous de la CMU : ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous un compte Mon Espace Santé : ☐ OUI ☐ NON

Merci de nous informer lors de votre admission si vous ne souhaitez pas que nous alimentions votre DMP.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURE SOCIAL PRINCIPAL

NOM de l'assuré : Prénom :

NOM de naissance : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / /

N° de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de la Caisse :

Nom de votre mutuelle complémentaire :

(Amener 1 photocopie de votre carte mutuelle / complémentaire de santé recto-verso)

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

A REMPLIR IMPERATIVEMENT AVEC LA FICHE D'ADMISSION

Le patient

Je soussigné(e),

NOM : Prénom(s) : NOM de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Admis(e) au sein de l'établissement à compter du/...../.....

Je souhaite désigner une personne à prévenir (contactée pour des informations organisationnelles ou administratives telles que transfert, fin de séjour, sortie...) :

NOM : Prénom :

Téléphone(s) :

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance (qui peut être la même ou une autre, elle peut être présente à vos côtés et être consultée dans la mesure où vous ne pourriez pas exprimer votre volonté ou recevoir les informations relatives à votre prise en charge) :**

NOM : Prénom(s) : NOM de naissance :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de la personne de confiance désignée :

Signature du patient :

Informations directives anticipées

Les directives anticipées constituent un document écrit indiquant vos volontés pour votre fin de vie. Son contenu est applicable si vous vous retrouvez dans une situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Cela permet d'établir les actes et traitements médicaux auxquels vous consentez. Leur rédaction est un droit, mais n'est pas une obligation.



Les directives anticipées : pour tous, à tout moment, pour être entendu !

Vous souhaitez vous renseigner et en rédiger ? Le Médipôle de Savoie met à votre disposition un livret d'information et à compléter, demandez-le au personnel soignant ou administratif.



Conservez vos directives anticipées !

1. • Choisissez votre personne de confiance
2. • Numérisez vos directives anticipées
3. • Identifiez-vous sur monespacesante.fr
4. • Cliquez sur "Compléter mon profil médical"
5. • Sélectionnez "Entourage et volontés" à gauche
6. • Dans "Entourage" ajoutez le contact de votre personne de confiance
7. • Dans "Volontés", téléchargez votre document sous "Directives anticipées".

- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées, elles sont situées :
- ☐ A ce jour, je n'ai pas rédigé de directives anticipées et ne souhaite pas en rédiger.

Fait à

Signature du patient :

Le :/...../.....

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 deux titulaires de l'autorité parentale, 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.

ENFANT

☐ Nous, soussignés, M. Né(e) le : / /
et M^{me} Né(e) le : / /

Autorisons et Certifions

☐ Je soussigné(e) M., M^{me} Né(e) le : / /

Autorise, Certifie

Que notre (mon) Enfant : Né(e) le : / /

ADULTE SOUS TUTELLE

☐ Je soussigné(e) M., M^{me} Né(e) le : / /

Autorise, Certifie

Que l'adulte sous tutelle : Né(e) le : / /

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 risques 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 soient effectués sous anesthésie locale, locorégionale, générale.

Fait à

Le : / /

Signature du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale :

Parent 1

Parent 2

Représentant légal

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

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

☐ Je soussigné(e), Madame/Monsieur* né(e) le / /
vous informe que mon fils/ma fille* né(e) le / /
doit être opéré(e) le / / par le Docteur pour l'intervention :

J'ai bénéficié d'une information claire et complète quant au bénéfice et aux risques liés à cette intervention chirurgicale.

Cependant, je n'ai pu recueillir l'autorisation du père/de la mère* de l'enfant mineur dont je suis séparé(e) et sans nouvelles malgré les différentes tentatives que j'ai pu mettre en œuvre pour le/la * joindre.

Je prends l'entière responsabilité de faire réaliser cette intervention à mon fils/ma fille* mineur(e) en toutes connaissances de cause et en ayant mis tout en œuvre pour obtenir l'autorisation d'opérer de son père /sa mère*.

Attestation établie pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à,

le / /

Signature :

(Mentions à préciser)*

SORTIE D'UN MINEUR

Madame, Monsieur,

La sortie de votre enfant ne pourra être autorisée qu'en présence de l'un des parents, représentant légal, ou d'une personne, qu'ils auront nommément désignée et autorisée par écrit, **munie d'une pièce d'identité.**

Sortie prévue avec tierce personne majeure ☐

J'autorise M. ou M^{me} : Né(e) le : / /

A sortir le mineur Né(e) le : / /

Du Médipôle de Savoie

A Challes-les-Eaux, le : / /

Signature :

Jeune préopératoire avant une anesthésie

Après accord du médecin anesthésiste que vous rencontrez lors de la consultation pré-anesthésie, **le jour de votre intervention vous avez le droit de :**

MANGER

Une collation légère type : pain, biscotte, confiture, produit laitier, soupe...



Jusqu'à 6h
avant votre admission

BOIRE

Des liquides clairs (eau, sirops, thé ou café sans lait (avec ou sans sucre))



Jusqu'à 3h
avant votre admission

FUMER

Cigarette, cigarette électronique, cigare, pipe... **Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer le plus longtemps possible avant une intervention**



Interdit de fumer 6h
avant votre admission

Fumer et risques pour l'anesthésie :

- Augmente le risque de complications respiratoires.
- Augmente le risque d'infection pulmonaire après l'intervention.

Fumer et risques pour la chirurgie :

- Augmente le risque de mauvaise cicatrisation osseuse, musculaire et cutanée.

Les bénéfices d'arrêter de fumer avant l'intervention :

- Arrêt 12 à 24 h : Diminue significativement la présence de monoxyde de carbone dans le sang.
- Arrêt de 3 semaines : Améliore la qualité de la cicatrisation.
- Arrêt de 4 semaines : Diminue de 25% les complications respiratoires.
- Arrêt de 8 semaines : Diminue de 50% les complications respiratoires.

Votre traitement habituel et votre hospitalisation

Avant votre hospitalisation : Lors de la consultation de pré-anesthésie, **venez avec vos ordonnances les plus récentes** et signalez au médecin anesthésiste tous les médicaments que vous prenez.

La veille de votre hospitalisation : **Préparez votre ordonnance la plus récente, ainsi que 48h de votre traitement personnel** dans le cas où vos médicaments ne seraient pas immédiatement disponibles à la clinique. N'apportez pas de médicaments déconditionnés car ils ne sont plus identifiables d'où un risque d'erreur.



A votre admission dans l'unité de soins : **Remettez votre ordonnance et vos médicaments à l'infirmière dès votre accueil.** En effet, pendant votre séjour, l'équipe médicale et soignante a en charge la globalité de votre traitement : elle vérifie les interactions médicamenteuses éventuelles, elle prépare les doses à administrer et vérifie que vous avez bien bénéficié de la totalité de votre traitement.

Préparation cutanée Pré Opératoire



Pour limiter le risque d'infection et réduire au maximum le nombre de micro-organismes présents sur la peau, il vous est demandé **d'effectuer une préparation cutanée rigoureuse** avant toute intervention chirurgicale ou endoscopique.

Pour ce faire, **vous devez prendre une douche et effectuer un shampoing la veille** de votre passage au bloc opératoire.

- Si vous êtes hospitalisé la veille, cette préparation sera réalisée dans le service,
- Si vous êtes opéré en ambulatoire ou hospitalisé le matin, cette préparation devra être faite à votre domicile.

Le jour de l'intervention, il faut **renouveler la douche** avec le produit antiseptique déjà choisi, suivre la même méthode, mais il n'est pas nécessaire de refaire un shampoing.

Enlever tous les bijoux : alliances, colliers, bagues, piercing, boucles d'oreilles...

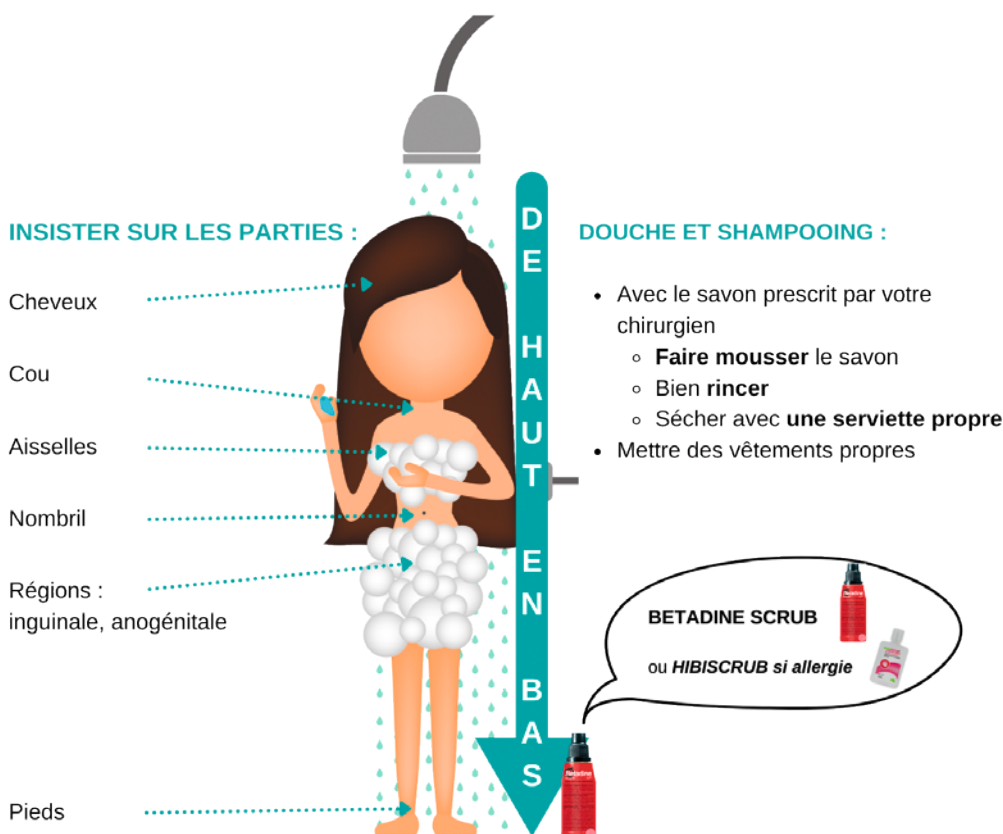
Retirer le maquillage : fards, rouge à lèvres, vernis...

Enlever : lunettes, lentilles, appareils dentaires, appareils auditifs.

Ne pas appliquer de : crème hydratante, déodorant, parfum ...

IMPORTANT

Info pratique : Malgré la couleur orange de certains savons antiseptiques, ils deviennent blancs lors de la friction donc, ils ne colorent ni la peau, ni les cheveux !



La dépilation n'est pas recommandée par le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), cependant si votre chirurgien la demande, elle doit être réalisée à l'aide d'une tondeuse. **L'utilisation du rasoir est interdite !**



Compléments honoraires et hôteliers restants à charge

Patient :
Date d'intervention : / /
Acte CCAM Intervention :
Date d'entrée : / /

Ce devis, remis par le chirurgien lors de la consultation et complété par l'anesthésiste lors de votre consultation pré-opératoire, devra être déposé au bureau des entrées pour votre admission.

A la consultation du Chirurgien ou Spécialiste Conventionnés à honoraires libres	Signature du patient
Un complément d'honoraires d'un montant de € vous sera demandé par votre chirurgien / médecin, le Dr ☐ Signataire de l'OPTAM-CO / OPTAM J'accepte le supplément d'honoraires et m'engage à le régler.	
A la consultation d'Anesthésistes Conventionnés à honoraires libres	Signature du patient
Un complément d'honoraires d'un montant de € vous sera demandé par votre anesthésiste MEDICARE . J'accepte le complément d'honoraires et m'engage à le régler.	
Suppléments de l'Etablissement pour demandes particulières à votre entrée	
☐ Je déclare avoir pris connaissance des suppléments appliqués par l'établissement.	
Je reconnais avoir demandé : ☐ une chambre individuelle Le tarif d'une chambre individuelle comprend l'accès au wifi, la télévision et la mise en service d'une ligne fixe. (selon les disponibilités) ☐ Ambulatoire / jour : 29€ ☐ Chirurgie / jour : 89€ ☐ Médecine / jour : 69€ ☐ une chambre handicapée	Informations suppléments accompagnant : • Repas accompagnant : 10 € • Lit accompagnant : 10 € • Petit-déjeuner accompagnant : 5 €
Je reconnais avoir demandé : ☐ une chambre double avec les options suivantes : ☐ la télévision : 5 € / jour ☐ le téléphone : 5 € + facturation selon les communications passées ☐ l'accès internet : 2 € / jour ☐ pas d'option supplémentaire	Je m'engage à effectuer le règlement pour tous les suppléments correspondants. Nombre de cases cochées : Date : Signature du patient :
Si aucune convention n'est établie entre l'établissement et votre mutuelle, vous devez 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 honoraires et hôteliers restants à charge

En l'absence du formulaire de prise en charge de votre mutuelle le jour de l'admission, l'intégralité des suppléments vous sera facturée et vous pourrez vous faire rembourser en transmettant la facture à votre mutuelle.

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 euros 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.**

Si votre départ a lieu après 10h, une journée supplémentaire sera comptabilisée.

Si vous désirez bénéficier d'une chambre particulière, signalez-le au moment de la préadmission.

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.

Informations Identitovigilance



Le rôle de l'identitovigilance :



Assurer votre sécurité tout au long de votre prise en charge en vous identifiant à chaque soin et échange.

Pour toute hospitalisation, vous devez fournir une pièce d'identité officielle :

- une carte d'identité nationale ou ;
- un passeport ou ;
- un titre de séjour valable



Pour les enfants, il faut présenter :



- La carte d'identité nationale du mineur s'il en a une,
- La carte d'identité nationale de l'un des responsables légaux (celui qui accompagne)
- Le livret de famille attestant du lien de parenté entre ces deux personnes



A votre entrée, le personnel soignant vous posera un bracelet d'identification autour d'un poignet.

Pensez à vérifier les informations inscrites ci-dessus !

Tout au long de votre prise en charge, lors des transferts, au bloc opératoire, lors de votre prise de médicament, votre identité vous sera demandé par le personnel !



Comment vous appelez-vous ?

Quelle est votre date de naissance ?

Epelez-moi votre nom et prénom svp.

Notre classement E-Satis 2025

Satisfaction globale des patients sur l'année 2025

Indicateurs de satisfaction résultants de l'enquête nationale E-Satis, menée par la Haute Autorité de Santé.

Note A pour tous les Services :

A

POUR LE SERVICE AMBULATOIRE

82,8%

60% des établissements en France

POUR LE SERVICE SMR (ANCIENNEMENT SSR)

79,9%

50% des établissements en France

POUR LES HOSPITALISATIONS DE + DE 48H

79,5%

30% des établissements en France

Questionnaire de satisfaction des Patients

Votre avis, nos progrès

Nous vous remercions pour le temps consacré à ce questionnaire. La direction du Médipôle de Savoie est soucieuse de la qualité des soins et de l'environnement dans lequel nous accueillons nos patients. Vos retours sont affichés dans le hall d'accueil de notre établissement sous forme de pourcentages.

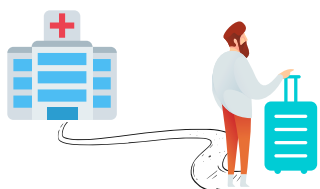
Service concerné :

☐ Ambulatoire	☐ HDJ Chimiothérapie	☐ Chirurgie
☐ Médecine	☐ Epilepsie et Sommeil	☐ SMR
☐ HDJ SMR	☐ Onco Réhabilitation SMR	☐ Soins Continus

Êtes-vous satisfait de :



De la qualité de l'accueil



De l'organisation de votre sortie
(informations post-opératoires, ordonnances...)



De la prise en charge médicale
et soignante



Du confort et de la propreté
de votre chambre



De la qualité
de la restauration



Vous souhaitez apporter plus de détails quant à votre séjour au Médipôle de Savoie ?



.....

.....

.....

.....

.....

.....



Merci de remettre ce questionnaire auprès du bureau de l'accueil, ou envoyez-le au Médipôle !

LISTE DES PRATICIENS DU MEDIPOLE DE SAVOIE

CHIRURGIE

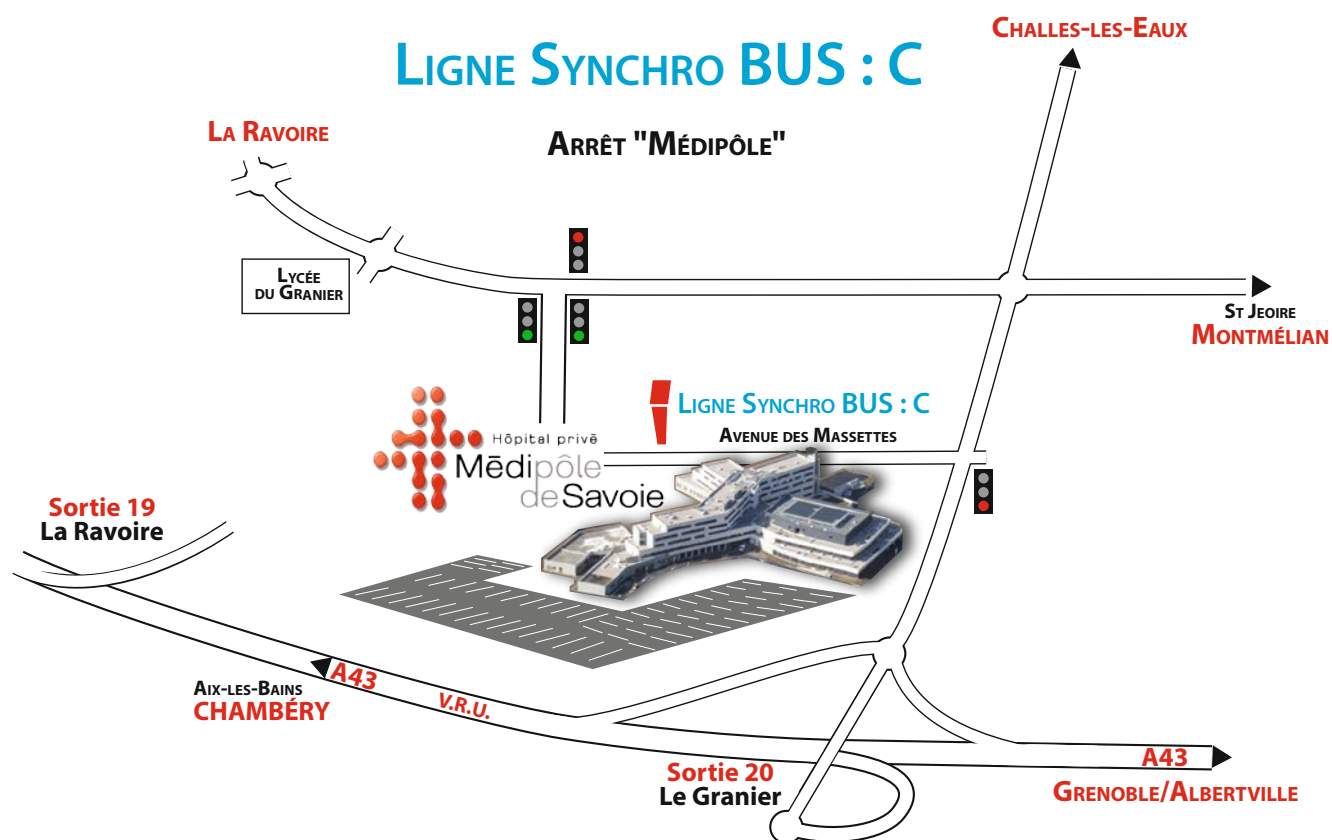
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE DU MEMBRE INFERIEUR		
. Dr BOVIER LAPIERRE Philippe	04 79 26 81 14	
. Dr BUISSON Laurent	04 79 26 81 12	
. Dr ESTOUR Gilles	04 79 26 81 17	
. Dr FAVRE Eric *	04 79 68 95 44	
. Dr JOSEPH Leopold	04 79 26 81 11	
. Dr MORIN Vincent	04 79 26 81 18	
. Dr PINAROLI Alban	04 79 26 81 15	
. Dr VERJUX Thierry	06 62 22 95 55	
CHIRURGIE DU RACHIS		
. Dr FAVRE Eric *	04 79 68 95 44	
. Dr KAMINSKI Ludovic *	06 99 54 73 79	
CHIRURGIE DE LA MAIN ET ORTHOPEDIQUE DU MEMBRE SUPERIEUR		
. Dr BENASSAYAG Mickaël	. Dr DE SORAS Xavier	. Dr DEBUS Gautier
. Dr MESQUIDA Virginie	. Dr DE MOURGUES Philippe	. Dr PRADEL Philippe
MEDECINE DU SPORT		
. Dr DESCOMBE Fabrice	. Dr EXARTIER Marlène	. Dr REDON Caroline
. Dr ROOSE Corentin	. Dr THIRON Pierre	
. Dr THIRON Pierre		
CHIRURGIE DIGESTIVE		
. Dr BOZIO Guillaume	04 79 26 81 57	
. Dr CHOLIN Nicolas	04 79 26 81 58	
. Dr MAYLIN Vincent	04 79 26 81 56	
. Dr RUER Vincent	04 79 26 81 56	
CHIRURGIE GASTRO-ENTEROLOGIE		
. Dr AUROUX Jean	. Dr BALAS Maria	
. Dr CORDIER Laurent	. Dr HERNANDEZ Olivier	
. Dr MORIN Clémence	. Dr ROQUES Bertrand	
. Dr WAGON Dominique		
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE		
. Dr BOILEAU Laurent	. Dr TARDIF THEULIER Sophie	04 79 26 80 88
. Dr HEDDE Audrey		04 79 26 80 89
OPHTALMOLOGIE		
. Dr CHAPPELET Marc-Antoine *	. Dr COMBEY DE LAMBERT Aurélie *	04 79 75 02 75
. Dr GAVARD Olivier *	. Dr LACHARME Tiffany *	
. Dr COSOPRET Despina *	. Dr LAFONTAINE Pierre Olivier *	04 79 69 42 98
. Dr LESOIN Antoine *	. Dr MAY Alexander *	
CHIRURGIE ORL		
. Dr CALA Anais	04 81 13 21 60	
. Dr CALLOC'H Frédéric *	04 79 61 57 69	
. Dr CHAUVET Edouard	04 81 13 21 60	
. Dr PORRET Cédric *	04 79 61 57 69	
CHIRURGIE MAXILLO FACIAL		
. Dr JULIEN SAINT AMAND Marc	04 81 13 21 61	
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE		
. Dr DELGOVE Laurent *	. Dr GROSODIER Antoine *	
STOMATOLOGIE		
. Dr BAYET Bernard *	04 79 96 22 30	
CHIRURGIE UROLOGIQUE		
. Dr FRANÇOIS Marie	. Dr MOIROUD Franck	
. Dr POISSON Jean François	. Dr TARDIEU Arnaud	
. Dr XARDEL Vincent		

AUTRES SPECIALITES

ANESTHESIE - REANIMATION		04 79 26 81 81
. Dr ATOUÏ Alexandre	. Dr FAULCON Cécile	. Dr ROBIN Matthias
. Dr CANTAN Renaud	. Dr JANDARD Céline	. Dr ROGER Frédéric
. Dr CHAFFARD Antoine	. Dr LEFORT Stéphanie	. Dr SAUNIER Laurent
. Dr CORBONNOIS Gilles	. Dr MONGENOT Frédéric	. Dr SIMONEAU Sophie
. Dr CREPIN Sandrine	. Dr POUPARD Marc	. Dr YILDIZ Cihan
. Dr DOUPEUX Luc	. Dr PUEL-WELTY Christophe	
. Dr DURAND Christine	. Dr RINGOT Emmanuel	
CHIRURGIE VASCULAIRE		04 79 26 80 46
. Dr DE LAMBERT Albéric	. Dr MOREL Jessica	
. Dr PENILLON Sébastien	. Dr VOIRIN Laurent	
ANGIOLOGIE		
. Dr BRUNENGO Marc		04 79 26 80 16
. Dr CAPPAGLI Marion		04 58 14 16 46
. Dr RARBI Mohamed-Amine		04 79 26 81 70
CARDIOLOGIE		
. Drs BELLEMIN Jean-Philippe / WINTTENBERG Olivier		04 79 26 80 56
. Dr BEL Véronique		04 79 26 80 55
ONCOLOGIE - HEMATOLOGIE		
. Dr MILLE Dominique	. Dr REBISCHUNG Christine (Oncologie)	04 79 26 80 61
. Dr CORM Selim	. Dr SENECAI Delphine (Hématologie)	04 79 26 80 61
. Dr ROQUES Bertrand	. Dr WAGON Dominique (Oncologie digestive)	04 79 26 81 46
DIABETOLOGIE / ENDOCRINOLOGIE / NUTRITION		04 79 75 78 95
. Dr CORBONNOIS Pauline *	. Dr LOUVET Camille *	
PNEUMOLOGIE		04 56 29 70 79
. Dr POINTEL Simon *	. Dr VALET Orion *	
MEDECINE A ORIENTATION PALLIATIVE		04 79 26 80 80
. Dr BRULEY David	. Dr SAINT GUILHEM Philippine	
SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION		04 79 26 82 04
. Dr BONIN Christelle	. Dr PAYRAUD Elodie	
URGENCES		04 79 26 82 82
. Dr ABDELLI Lila	. Dr ALVAREZ Antonio	. Dr DUMOULIN Bertrand
. Dr FEUILLAT Alain	. Dr HALLER Etienne	. Dr MELLOTT Pierre-Benoît
. Dr PANTALEO Valérie		
UNITE EPILEPSIE ET SOMMEIL		
. Dr ALEXANDRE Sarah *	. Dr DOUDOUX Hannah *	04 85 86 00 90
. Dr HAMELIN Sophie *	. Dr SILVESTRE Manon *	04 85 86 00 90
. Dr PORRET Cédric *		04 79 61 57 69
. Dr WEICK Diane *		04 79 71 45 80
RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE - IRM - SCANNER		
. RADIOLOGIE		04 79 26 83 83
. SCANNER		04 79 26 83 77
. IRM		04 79 26 83 81
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES		04 79 26 84 84
LABORATOIRE D'ANATOMO PATHOLOGIE		
. CHAMBERY / PRINGY *		04 79 68 69 50

* Ces médecins ont leur cabinet de consultations à l'extérieur du Médipôle

POUR SE RENDRE AU MEDIPOLE DE SAVOIE :



Médipôle de Savoie
300 Avenue des Massettes
73190 CHALLES-LES-EAUX
04 79 26 80 80