DOSSIER À COMPLÉTER



ACCUEIL
HOSPITALISATION
CONSULTATIONS

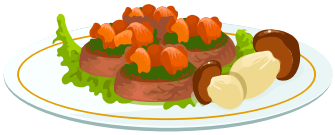
Accueil : 04 79 26 80 80
Anesthésiste : 04 79 26 81 81
Urgences : 04 79 26 82 82
www.medipole-de-savoie.fr

Hôpital privé Médipôle de Savoie

300 AVENUE DES MASSETTES
73190 CHALLES-LES-EAUX
www.medipole-de-savoie.fr

Les impératifs pour votre intervention

Mon heure de convocation *(reçue par SMS)* **:** ..... *h*



Ne pas manger

6 heures AVANT
votre heure de convocation



Ne pas boire

2 heures AVANT
votre heure de convocation

Le jour de mon intervention, pensez à :

□ **Carte de groupe sanguin**

□ **Résultats d'examens de sang, d'urines**

□ **Résultats d'imagerie médicale, et comptes rendus** (cardiologues, pneumologues…)

□ **Ordonnances,** si traitement en cours

□ Equipements prescrits par le chirurgien (béquilles, bas de contention....)

□ Enlever : bijoux, alliances, colliers, bagues, piercing, boucles d'oreilles…

□ Retirer : maquillage, rouge à lèvres, vernis…

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

Date :

Signature et mention *'Lu et approuvé' :*

Informations sur l'anesthésie (SFAR 2026)

1 - Qu'est-ce que l'Anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical, en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention, dans des conditions optimales de sécurité.
La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. A cette occasion, vous pourrez être amené(e) à exprimer vos préférences.

Il existe deux grands types d'anesthésie :

- **L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques.
- **L'anesthésie locorégionale** permet de n'endormir que la partie de votre corps concernée par l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière. Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.
Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, **nécessite une consultation d'anesthésie** plusieurs jours à l'avance (minimum 48h avant, maximum 1 mois avant) et une visite pré-anesthésique la veille de l'intervention et le jour-même si votre état de santé le justifie.
Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation.

2 - Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'Anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle.
Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

3 - Quels sont les risques de l'Anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.
Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.
En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

4 - Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'Anesthésie Générale ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. **Une rougeur douloureuse** au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé), pour assurer la respiration pendant l'anesthésie, peut provoquer **des maux de gorge ou un enrouement** après l'intervention.
Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi **il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.**
La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer **un engourdissement** ou, **exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.**
Après anesthésie générale, **des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister.**
Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.
Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et **leur persistance doit vous inciter à consulter.**
Les accidents liés au passage du contenu gastrique dans les poumons sont graves mais très rares surtout si les consignes de jeûne sont bien respectées.
Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont **extrêmement rares.**

5 - Quels sont les inconvénients et risques propres aux Anesthésies Locorégionales ?

Toute anesthésie locorégionale **peut s'avérer incomplète** et nécessite un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. **Cela justifie les mêmes consignes de jeun** que pour une anesthésie générale.
Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie péri médullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. **Une difficulté à uriner** peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. **Des maux de tête** peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement spécifique. Très rarement, on peut **observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de la vision**. Des **douleurs au niveau du point de ponction**, dans le dos, sont également possibles.
Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'oeil, des complications, telles **une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire,** peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles **une baisse ou une perte de la vision**, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, **des complications respiratoires sont possibles.**
En fonction des médicaments associés, **des nausées, des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse de la faculté de concentration** peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.
Toutes les techniques d'anesthésies locorégionales peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : **paralysies et/ou insensibilités plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accidents cardiovasculaires, convulsions, blessures d'un organe proche.**
Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. **Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.**

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le Médecin-Anesthésiste-Réanimateur. Vous pouvez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient de répondre au spécialiste qui réalisera cet acte.

Préparation cutanée

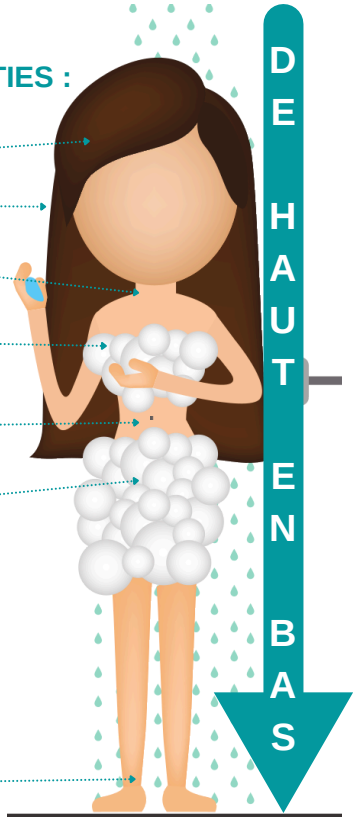
Pour votre intervention, vous devez impérativement :
Enlever tous vos bijoux : alliances, colliers, bagues, **piercing**, boucles d'oreilles…
Retirer le maquillage : fards, rouge à lèvres, **vernis**…
Enlever : lunettes, lentilles, appareils dentaires, appareils auditifs.
Ne pas appliquer de : crème hydratante, déodorant, parfum …

Pour limiter le risque d'infection, il vous est demandé **d'effectuer une préparation cutanée rigoureuse** avant toute intervention chirurgicale ou endoscopique. **Vous devez prendre une douche et effectuer un shampooing 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.

INSISTER SUR LES PARTIES :

Cheveux
Oreilles
Cou
Aisselles
Nombril
Régions : inguinale, anogénitale
Pieds



DOUCHE ET SHAMPOOING :

- Avec le savon prescrit par votre chirurgien :
  - Ne pas utiliser de gant de toilette, frotter directement avec les mains
  - **Faire mousser** le savon
  - Bien **rincer**
  - Sécher avec **une serviette propre**
- Mettre des vêtements propres





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.

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 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 !

Questionnaire Médical d'Anesthésie

Merci de rapporter **systématiquement** lors de chaque consultation **vos ORDONNANCES** en cours pour **préciser votre traitement** (Ordonnances à rapporter ainsi que **votre traitement lors de l'hospitalisation**).

Les mineurs doivent **impérativement** être accompagnés d'un majeur en consultation (parents ou proche avec décharge de responsabilité 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).

NOM : ..... Prénom(s) : ..... Age : .....
Profession : ..... **Poids :** ..... **Taille :** .....
Médecin Traitant : .....

1. **Fumez-vous** ? *(cigarette ou vape)* Oui / Non
2. Consommez vous quotidiennement de l'**alcool** ? Oui / Non
3. Consommez vous, occasionnellement ou régulièrement, des substances illicites ? (cannabis, opiacés, cocaïne, kétamine, autres…) Oui / Non

4. **Citez l'ensemble des interventions chirurgicales ou anesthésie(s) dont vous avez pu bénéficier (avec la date approximative) :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Avez-vous fait des incidents ou accidents lors de ces interventions ? Si oui, lesquels ? Oui / Non
.....
.....
.....

6. Avez-vous ou êtes vous traité pour une **affection cardiaque (HTA, coronarien…)** ? : Oui / Non
Nom du Cardiologue : .....
- Avez-vous déjà fait un infarctus du myocarde ? Oui / Non
- Êtes-vous stenté ? (si oui, rapporter les résultats de la coronarographie ou Compte rendu du cardiologue) Oui / Non
- Souffrez vous d'insuffisance cardiaque ? Oui / Non
- Êtes vous appareillé d'un Pace maker ou Défibrillateur implantable ? (si oui, rapporter la carte du dispositif stipulant : marque et réglages) Oui / Non
- Avez-vous déjà fait une Phlébite ou Embolie pulmonaire ? Oui / Non

7. Souffrez d'une **affection Pulmonaire** ? Oui / Non
- Asthme ? Oui / Non
- BPCO / Emphysème ? Oui / Non
- Apnée du Sommeil ? (appareillée ?) Oui / Non
- Autre ? ..... Oui / Non

8. Etes vous ou avez-vous été traité pour une **maladie neurologique** ? Oui / Non
- AVC ou AIT, paralysie ? Oui / Non
- Epilepsie ? Oui / Non
- Dépression ? Oui / Non
- Parkinson ou Sclérose en plaques ? Oui / Non
- Autre ? ..... Oui / Non

9. Souffrez-vous du dos ? Avez-vous déjà souffert de **sciatique** ou **cruralgie** ? Oui / Non

10. Êtes vous traité pour une maladie métabolique : Diabète , Thyroïde, Cholestérol, Autre ? Oui / Non
.....

11. Êtes vous soigné pour une **pathologie Digestive** ? Oui / Non
- Ulcère, Reflux Gastrique, Hernie Hiatale ? Oui / Non
- Rectocolite ou Maladie de Crohn ? Oui / Non
- Hépatite ou Hémochromatose ? Oui / Non
- Cancer ? Oui / Non
- Autre ? ..... Oui / Non

12. Souffrez vous d'une **affection rénale ou urinaire** ? Oui / Non
- Insuffisance rénale ? (dialysé ?) Oui / Non
- Prostate ? Oui / Non
- Cancer ? Oui / Non
- Autre ? ..... Oui / Non

13. Avez-vous, ou dans votre famille, **une maladie favorisant le saignement prolongé** ? Oui / Non
- Hémophilie, Willebrand, autre ? ..... Oui / Non
- Avez-vous déjà été transfusé(e) ? Oui / Non

14. Êtes vous traité pour un **Glaucome ou hypertonie oculaire** ? Oui / Non

15. Etes vous ou avez-vous été traité pour une **maladie infectieuse** (VIH, Tuberculose, autre…) ou **parasitaire** (Paludisme, autre) ? Oui / Non

16. Êtes vous porteur (ou votre famille) d'une des pathologies suivantes ? : Oui / Non
Mastocytose, Œdème Angio-Neurotique, Porphyrie, Myopathie, Hyperthermie maligne ?

17. Vous connaissez vous des **allergies** ? Oui / Non
- Antibiotiques ? Oui / Non
- Médicaments ? Oui / Non
- Produits de contraste (Scanner ou IRM) ? Oui / Non
- Latex ? Oui / Non
- Autre ? ..... Oui / Non

18. Portez vous un appareil dentaire ? Oui / Non
- Avez-vous des implants, dents sur pivots, bridge ? Oui / Non

19. Avez-vous des lentilles de contact ? Oui / Non

20. Avez-vous d'autres problèmes de santé à signaler lors de la consultation ? Oui / Non
.....
.....
.....
.....

Feuille de consentement

Hôpital privé Médipôle de Savoie
300 Avenue des Massettes
73 190 CHALLES LES EAUX
Tél : 04 79 26 80 80
Fax : 04 79 26 80 30

Document à remettre signé à l'infirmière à votre entrée dans le service

Nom : .....
Prénom(s) : .....

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.**

Il vous est interdit de conduire dans les 12 h suivant votre anesthésie (Générale ou Loco-Régionale).

J'assure venir à jeun le jour de mon intervention : arrêter toute prise alimentaire 6 heures avant l'heure d'admission, exception faite **des liquides clairs** (eau, thé, café sucré en quantité modérée, sans lait ni crème), ces derniers pouvant être consommés jusqu'à **2 heures avant** l'heure d'admission à la clinique.

(Il vous est vivement déconseillé de fumer ou vapoter le jour du bloc, les patchs de nicotine sont autorisés).

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

Date : Signature et mention *'Lu et approuvé' :*

Fiche d'admission

Hôpital privé Médipôle de Savoie

300 Avenue des Massettes
73 190 CHALLES LES EAUX
Tél : 04 79 26 80 80
Fax : 04 79 26 83 90
admissions@medipole-de-savoie.fr

A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLETÉE LE JOUR DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE ET À DEPOSER A L'ACCUEIL

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)

Cadre réservé à l'établissement :

N° préadmission :

N° dossier :

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : .....
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....
Sexe : □ M □ F Profession : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Tél. : ..... Adresse mail : .....
(A remplir notamment pour participer à une enquête de satisfaction)

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.

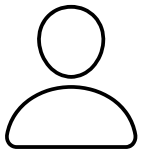
INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURE SOCIAL PRINCIPAL

Nom de l'assuré : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....
N° de Sécurité Sociale : .....
Nom et adresse de la Caisse : .....
.....
Nom de votre mutuelle complémentaire : .....

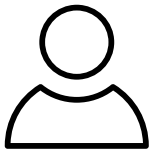
Amener 1 photocopie de votre carte mutuelle / complémentaire de santé recto-verso

Personne de confiance et personne à prévenir

A REMPLIR IMPERATIVEMENT AVEC LA FICHE D'ADMISSION



La personne à prévenir est celle qui **sera contactée par l'équipe soignante lors de votre séjour en cas de besoin particulier d'ordre organisationnel ou administratif.**
La personne à prévenir **n'a pas accès aux informations médicales et ne participe pas aux décisions médicales.** **Désigner une personne à prévenir est obligatoire.**



La personne de confiance a plusieurs missions :

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté **: mission d'accompagnement** *(assister aux consultations, dans les décisions)* **et un devoir de confidentialité**
- Lorsque vous ne pouvez plus exprimer votre volonté : **mission de référent auprès de l'équipe médicale,** consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements. **Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements mais son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage** *(vos souhaits, volontés et convictions).* **Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord.**

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....
Adresse : .....
Tel : ..... Admis(e) dans l'établissement à compter du : ..... / ..... / .....

désigne une personne à prévenir :

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Tel : .....

□ **souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....
Adresse : .....
Tel : .....

Dans le cadre de cure de chimiothérapie ou de transfusion, les personnes de confiance et à prévenir sont identifiées comme telles pour toute la durée de la cure mais restent modifiables à votre demande.

□ **ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

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. Sélectionner "Entourage et volontés" à gauche
6. Dans "Entourage", ajoutez le contact de votre personne de confiance
7. Dans "Volontés", télécharger 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 :

Le :

Signature du patient :

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 le : ..... / ..... / .....
et Mme ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....
Autorisons et Certifions

❑ Je soussigné(e) M., Mme ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....
Autorise, Certifie

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

ADULTE SOUS TUTELLE

❑ Je soussigné(e) M., Mme ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....
Autorise, Certifie

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

En qualité de représentant(s) légale(s) :

Après information reçu par le Chirurgien : Dr ..... et par l'Anesthésiste : Dr .....

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 :

Parent 1 **Parent 2** **Représentant légal**

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

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

❑ Je soussigné(e) M., Mme ..... Né(e) le : ..... / ..... /.....
vous informe que mon Enfant : ..... Né(e) le : ..... / ..... /.....
doit être opéré(e) le..... / ..... /..... par le Docteur .....
pour l'intervention : .....

J'ai bénéficié d'une information claire et complète quant aux bénéfices 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.**

J'autorise M., Mme ..... Né(e) le : ..... / ..... /.....
A sortir ..... Né(e) le : ..... / ..... /.....
du Médipôle de Savoie.

Fait à : Le :
Signature :

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

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

Informations suppléments accompagnant :
- Repas accompagnant : 10 €
- Lit accompagnant : 10 €
- Petit-déjeuner accompagnant : 5 €

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 14.
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 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.

La Direction

Informations diverses

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 :

- une carte d'identité nationale de l'un des parents



- le livret de famille **OU** la carte d'identité nationale de l'enfant

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 demandée par le personnel !

Votre traitement habituel et votre hospitalisation

La veille de votre hospitalisation : Préparez votre ordonnance, 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 : Remettez votre ordonnance et vos médicaments à l'infirmière. En effet, pendant votre séjour, l'équipe médicale et soignante a en charge la globalité de votre traitement.

Résultats E-Satis 2025

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

Note : A

POUR LE SERVICE AMBULATOIRE

82,83% *65% des établissements en France*

POUR LE SERVICE SMR (ANCIENNEMENT SSR)

79,96% *54% des établissements en France*

POUR LES HOSPITALISATIONS DE + DE 48H

79,5% *30% des établissements en France*

Nos patients évaluent différents critères observés durant leur prise en charge, ci-dessous leur satisfaction selon les grands thèmes de l'enquête :

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 la prise en charge médicale et soignante

😟 😐 😊 😊

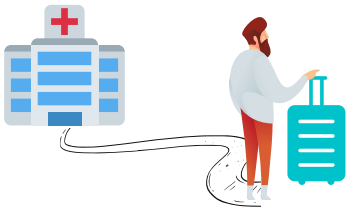
Du confort et de la propreté de votre chambre

😟 😐 😊 😊



De la qualité de la restauration

😟 😐 😊 😊



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

😟 😐 😊 😊

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hôpital privé Médipôle de Savoie

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