EN/ADMI/ADM/987/10- MÀJ LE 27/07/2021

KIT ADMISSION

Chirurgie, pédiatrie, ambulatoire

Ce kit contient les documents nécessaires à chaque étape administrative de votre prise en charge ou celle de votre enfant.

Afin de faciliter vos démarches, merci de vous **présenter au bureau des admissions le jour de la consultation d'anesthésie**.

Ce dossier doit être rempli et signé avant de vous présenter au bureau des admissions.

Kantys | Clinique du Val d'Ouest

Clinique du Val d'Ouest
39, chemin de la Vernique - 69130 Ecully
T. 04 72 19 32 00 - www.cliniqueduvaldouest.com

ONLY Val

Les étapes de votre séjour

1 - MA PRÉ-ADMISSION OBLIGATOIRE

Lieu : bureau des admissions au RDC de la clinique, je dépose mon dossier entièrement rempli et signé

A apporter :

- ☐ Les documents du présent KIT, complétés et signés
- ☐ **MA PIÈCE D'IDENTITÉ (obligatoire)** : carte nationale d'identité ou passeport uniquement
- ☐ **Si le patient est mineur** :
  - ☐ La photocopie du livret de famille
  - ☐ Les pièces d'identité des deux parents
  - ☐ **L'autorisation signée des 2 parents** (p. 7)
- ☐ Mon attestation de sécurité sociale
- ☐ Ma carte vitale
- ☐ Ma prise en charge mutuelle (FINESS 690780358 - DMT CHIRURGIE 181- DMT MATERNITE 165 - DMT MÉDECINE 174). Numéro de fax : 04 72 19 32 30

Je prépare mon chèque d'acompte de :

- ☐ 150€ pour l'ambulatoire,
- ☐ 500€ pour un séjour d'au moins une nuit.

Si mon dossier est complet, mes étiquettes me seront remises afin de ne pas repasser par le bureau des admissions le jour de mon entrée.

2 - MA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Lieu : Médicentre, 1er étage

> Elle est obligatoire
> **Pour les enfants la présence d'un ou des deux parents est obligatoire**
> Rendez-vous au 04 72 19 34 33 ou sur monrendezvousdanesthesie.fr

3- LA VEILLE DE MON ADMISSION

Un SMS me sera envoyé pour m'indiquer l'heure de mon entrée et le service

4 - MON ADMISSION

Lieu :

- ✔ J'ai mes étiquettes : je me rends directement dans le service ;
- ✔ Je n'ai pas mes étiquettes : je passe au bureau des admissions.

J'apporte obligatoirement :

- ☐ Ma pièce d'identité ou une copie
- ☐ Les examens nécessaires
- ☐ L'information d'anesthésie
- ☐ Le présent kit

5 - MA SORTIE OBLIGATOIRE

Lieu : RDC de la clinique, au bureau des sorties. Si je ne passe pas, mon chèque d'acompte est encaissé pour commencer à solder ma facture.

A ramener, **IMPÉRATIVEMENT :**

- ☐ Ma carte vitale
- ☐ Un moyen de règlement

Bon à savoir : Pendant votre séjour, vous pouvez bénéficier d'examens (radiologie, laboratoire, ...) soumis à des dépassement d'honoraires.
En l'absence de prise en charge, je devrai faire l'avance des frais.

6 - MA FACTURE

Elle me sera envoyée par mail via un lien sécurisé dans les 15 jours suivants le séjour. Elle est :

- **Acquittée** : je dois l'envoyer à ma mutuelle pour remboursement ;
- **Non acquittée** : merci de bien vouloir nous envoyer le règlement par courrier, nous vous retournerons une facture acquittée que vous pourrez transmettre à votre mutuelle.

Lorsque vous recevez une facture non acquittée, **vous pouvez la payer en ligne ou par virement bancaire** via le site internet de la Clinique en vous connectant sur http://cliniqueduvaldouest.com, rubrique *Payer en ligne.*

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - 39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél. 04 72 19 32 00 - mail. bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr
www.cliniqueduvaldouest.com
N° FINESS : 690780358
EN/SPEC/CET/855/05, le 01/06/2021

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Docteur : .....
Admission le : ..... à .....h.....
Durée probable du séjour (nombre de nuits) :.....
Nom et prénom du médecin traitant : .....

- ☐ Ambulatoire
- ☐ Chirurgie ou hospitalisation complète
- ☐ Soin externe
- ☐ Chirurgie esthétique
- ☐ Curatelle-Tutelle (amener attestation). Coordonnées : .....
  .....

En relation avec une ALD : ☐ oui / ☐ non

Le patient bénéficie (joindre une attestation/déclaration) :

- ☐ D'une Aide Médicale de l'État (AME)
- ☐ D'un Accident du Travail (AT)
- ☐ De la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- ☐ De l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

À REMPLIR PAR L'HOSPITALISÉ(E)

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....
Lieu de naissance : ..... Sexe : .....
Situation familiale : ..... N° Portable : .....
Adresse mail : .....
Adresse :.....
Code postal : ..... Commune : .....

N° de Sécurité Sociale : .....
Adresse du Centre de Sécurité Sociale : .....
Nom et adresse de la mutuelle : .....

Ma personne à prévenir est* :

Nom et prénoms : ..... Téléphone : .....

Ma personne de confiance est* *au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique pour mon hospitalisation actuelle :*

Nom et prénoms : .....
Téléphone portable : ..... Téléphone professionnel :.....

☐ J'ai pris connaissance des différences entre « personne à prévenir» et « personne de de confiance » et **je refuse de désigner une personne de confiance.**

**voir page 6 les différences entre personne à prévenir et personne de confiance*

Date :
Signature manuscrite du patient : **Signature manuscrite de la personne de confiance :**

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

DÉCOUVREZ NOS OFFRES ONLY Val

Les offres ONLY vous proposent une expérience unique et privilégiée dont vous vous souviendrez

ONLY Cocoon — 310€/jour

- Grande chambre privée aux meubles design et draps de qualité hôtelière
- Télévision (TNT, Canal+ et Disney Channel)
- Produits de soins LA ROSÉE PARIS
- Linge de toilette
- Petit-déjeuner, déjeuner et dîner GOURMET
- Plateau de bienvenue avec café, thé, tisane et gourmandise

ONLY Gourmet — 180€/jour

- Chambre privée
- Télévision (TNT, Canal+ et Disney Channel)
- Produits de soins LA ROSÉE PARIS
- Linge de toilette
- Petit-déjeuner, déjeuner et dîner GOURMET

ONLY Matin — 135€/jour

- Chambre privée
- Télévision (TNT, Canal+ et Disney Channel)
- Produits de soins LA ROSÉE PARIS
- Petit-déjeuner GOURMET

ONLY Connecté — 110€/jour

- Chambre privée
- Télévision (TNT, Canal+ et Disney Channel)

ONLY Express — 49€/jour

- Chambre privée en ambulatoire

Les PLUS ONLY à la carte

PLUS Connecté • 11€/jour
- Télévision (TNT, Canal+ et Disney Channel)

PLUS Matin • 10€
- Petit-déjeuner GOURMET pour le patient ou son accompagnant

PLUS Gourmet • 22€
- Déjeuner ou dîner GOURMET pour le patient ou son accompagnant

PLUS Beauté • 14€
- Produits de soins LA ROSÉE PARIS

En Duo

PLUS Duo Gourmet* • 125€
- Lit accompagnant une nuit
- Un petit-déjeuner, un déjeuner et un dîner GOURMET pour le patient et son accompagnant

PLUS Duo* • 40€
- Lit accompagnant une nuit
- Un petit-déjeuner classique pour le patient et son accompagnant

*Les prix indiqués sont sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée. Photos non-contractuelles. *Disponible uniquement en chambre particulière, tarif PLUS Duo en plus du tarif de la chambre.*

MAJ 01-06-21

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - 39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél. 04 72 19 32 00 - mail. bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr
www.cliniqueduvaldouest.com
N° FINESS : 690780358
EN/ADMI/ADM/227/018, le 21/06/2021

ENGAGEMENT SUR LES CONDITIONS DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION

Je certifie par la présente avoir demandé (le choix de la chambre est obligatoire) :

EN HOSPITALISATION COMPLÈTE, une chambre individuelle, sous réserve de disponibilité (**toute journée entamée est facturée**) :

- ☐ **Only** Connectée au prix de 110€/jour*
- ☐ **Only** Matin au prix de 135€/jour*
- ☐ **Only** Gourmet au prix de 180€/jour*
- ☐ **Only** Cocoon au prix de 310€/jour*
  - ☐ Un forfait **Plus** Duo **sous conditions COVID,** au prix de 40€* la nuit incluant le lit accompagnant et le petit déjeuner (uniquement dans les chambres particulières, sous réserve de disponibilité).
  - ☐ Un forfait **Plus** Duo GOURMET **sous conditions COVID,** au prix de 125€* la nuit incluant le lit accompagnant, un petit-déjeuner, un déjeuner et un dîner GOURMET pour moi et mon accompagnant (uniquement dans les chambres particulières, sous réserve de disponibilité).

EN HOSPITALISATION COMPLÈTE :

- ☐ Une **chambre à deux lits** (sans supplément)
  - ☐ La télévision au prix de 11,00€* par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

EN AMBULATOIRE OU EN CHIMIOTHÉRAPIE

- ☐ Une **chambre individuelle Only Express** au prix de **49€/jour*** sous réserve de disponibilité (**toute journée entamée est facturée**)
- ☐ Une **chambre à deux lits** (sans supplément)
  - ☐ La télévision au prix de 11,00€* par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

Je déclare accepter d'avoir à régler à la sortie :
- les suppléments de séjour (chambre seule et/ou avec accompagnant, télévision, ...)
- la PAS (Participation Assuré Transitoire) de 24€ par séjour
- le forfait journalier de 20€ par jour y compris le jour d'entrée et le jour de sortie

dépassant la prise en charge par la Sécurité Sociale et ma mutuelle.

Si je suis bénéficiaire de la CMU, **la chambre seule et les plus «Only» sont entièrement à ma charge** et je m'engage procéder à leur règlement intégral à l'entrée.

Je déclare être informé(e) que la plupart des praticiens exerçant dans l'établissement sont affiliés au secteur 2 et de ce fait, que **leurs honoraires sont éventuellement supérieurs à la prise en charge.**
Dans ce cas, j'accepte de régler à la clinique, pour leur compte, les sommes restant à ma charge.

Je déclare être informé(e) qu'un chèque d'acompte de :
- 500€ pour une hospitalisation complète
- 150€ pour une chirurgie ambulatoire

me sera demandé lors de mon admission. **Il sera encaissé le jour de mon départ si je ne repasse pas à la sortie.**

Un coffre fort est à ma disposition dans la chambre. Je suis informé(e) qu'il est recommandé de n'apporter ni bijoux, ni objet de valeur, et que la clinique décline toute responsabilité en cas de vol.

J'ai bien coché l'option forfait « **Plus** Duo **»** (40€* la nuit) **ou** « **Plus** Duo GOURMET **»** (125€* la nuit) **pour rester auprès de mon enfant de moins de 15 ans qui doit être hospitalisé**.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données à caractère personnel en bas de ce document et page 6 du présent kit.

** sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée*

Date :
SIGNATURE MANUSCRITE DU PATIENT :

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

Personne à prévenir et personne de confiance

Quelles différences ?

	Personne à prévenir	Personne de confiance
Combien	Une ou plusieurs personnes	Une seule personne
Désignation	Par écrit ou par oral par le patient, ou sur proposition d'un tiers si le patient est hors d'état de s'exprimer	Par écrit par le patient
Participation aux décisions médicales concernant le patient	NON	Oui, elle peut accompagner le patient s'il le souhaite. Lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle est consultée pour certaines décisions médicales (son témoignage prime sur tout autre)
Accès au dossier médical	NON Sauf procuration du patient	

Information des patients

Concernant le traitement de leurs données à caractère personnel par la Clinique du Val d'Ouest

Les informations à caractère personnel recueillies à l'occasion de votre séjour dans notre établissement font l'objet de traitements automatisés sous la responsabilité de la Clinique du Val d'Ouest.

• Quelles données sont concernées ?
Ce sont vos données administratives (identité, numéro de sécurité sociale, droits sociaux), vos données de santé, les données relatives à votre vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale) les données d'ordre financier ainsi que celles relatives aux actes et prestations médicales réalisés.

• Pourquoi collectons-nous vos données ?
Les données collectées sont nécessaires à la réalisation des prestations de soins et à l'exécution de nos obligations légales, réglementaires et normatives, pour les finalités suivantes :

- Assurer votre prise en charge au sein de notre établissement, délivrer la prestation de soins, la prescription et la délivrance de médicaments, assurer votre suivi pendant et postérieurement à votre séjour ;
- Constituer votre dossier médical, conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique ;
- Assurer gestion administrative de nos services, leur facturation, l'analyse et l'évaluation de notre activité de soins ;
- Permettre le remboursement de vos prestations par les organismes concernés.

Lorsqu'il est nécessaire, votre consentement vous sera expressément demandé.

• A qui sont destinées ces données ?
Les données sont destinées aux personnels de notre établissement habilités à les traiter ainsi qu'aux professionnels de santé membres de l'équipe de soin intervenant dans votre prise en charge. Les informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à votre suivi médico-social pourront être transmises à d'autres professionnels de santé avec votre consentement.
Les informations nécessaires au remboursement de vos soins sont transmises aux personnels des caisses de sécurité sociale et de mutuelles habilités à les traiter.

• Pendant combien de temps conservez-vous mes données ?
Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire aux finalités poursuivies, sous réserve de l'application d'une durée de conservation imposée par une obligation légale ou réglementaire.Les données de caractère administratif sont conservées pendant 5 ans à compter de la dernière intervention sur le dossier patient puis archivées pour une durée de 15 ans. Les données de votre dossier médical sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de votre dernier passage dans notre établissement ou au moins jusqu'au 28ème anniversaire du patient ou pendant 10 ans à compter de la date du décès.

Confidentialité et sécurité des données
Les données font l'objet d'un traitement informatisé dans le strict respect du secret médical et conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, du Règlement UE 2016/679 sur la protection des données du 27 avril 2016 et du Code de la santé publique. Notre établissement met en œuvre les mesures organisationnelles techniques, logicielles et physiques appropriées pour préserver et garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données à caractère personnel collectées et traitées.

Vos droits
Conformément aux dispositions légales et réglementaires susvisées vous disposez, à tout moment, d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et du droit de retirer votre consentement lorsque celui-ci est nécessaire. Vous disposez également, sous réserve des conditions prévues par les dispositions applicables, d'un droit de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, du droit de définir du sort de vos données après votre décès et du droit de limiter leur utilisation.

Contact
Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la Protection des Données de notre groupe à l'adresse mail : dpo@kantys.org. Toute demande doit être accompagnée de la copie d'un titre d'identité en cours de validité. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'une réclamation.

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - 39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél. 04 72 19 32 00 - mail. bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr
www.cliniqueduvaldouest.com
N° FINESS : 690780358
EN/ADMI/ADM/254/11 - Maj le 20/10/2020

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ
AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e), ...
Pour intervention prévue le :.....
- ☐ Agissant pour moi-même
- ☐ Agissant pour mon enfant :.....
- ☐ Agissant pour le majeur protégé :.....

☐ Atteste avoir eu un entretien avec le Dr : ..... exerçant à la Clinique du Val d'ouest, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

☐ Je reconnais avoir été informé(e) par :
- ☐ Le chirurgien
- ☐ L'anesthésiste

du bénéfice risque lié à mon hospitalisation dans le cadre du contexte pandémique du Covid19.

Date :
SIGNATURE MANUSCRITE DU PATIENT :
Pour les patients sous tutelle, signature du tuteur, (joindre l'attestation de jugement) :

POUR LES PATIENTS MINEURS,
Ce document doit être **OBLIGATOIREMENT SIGNÉ PAR LES 2 TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE. A DÉFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA AVOIR LIEU.**
Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille / attestation de jugement).

MÈRE DE L'ENFANT
Date : .....
Nom et prénoms : .....
.....
Date de naissance :.....
Téléphone : .....
SIGNATURE MANUSCRITE

PÈRE DE L'ENFANT
Date : .....
Nom et prénoms : .....
.....
Date de naissance :.....
Téléphone : .....
SIGNATURE MANUSCRITE

OBLIGATOIRE OBLIGATOIRE

Les parents (détenteurs de l'autorité parentale) attestent chacun en ce qui les concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.
L'Article 372-2 du code civil précise *: Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux. Le père et la mère exercent en commun l'autorité parentale.*

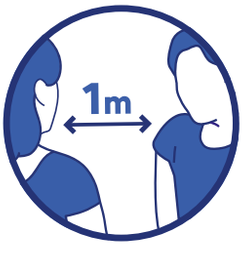
Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

Consignes COVID 19

Port du masque OBLIGATOIRE EN PERMANENCE dans tout l'établissement (masque ou équivalent faisant écran devant la bouche ET le nez)

Respect des gestes barrières

Visiteur et accompagnant interdit
y compris en salle d'attente



Respect des distances >1 mètre
(ascenseurs, admission, salle d'attente, ...)

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - ANESTHÉSIE RÉANIMATION
Médicentre Allée B, 1er étage - 39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél: 04 72 19 34 33, fax: 04 72 19 34 94, mail: scparvo@yahoo.fr
EN/SPEC/ANS/398/014, le 17/02/2021

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Antécédents personnels du patient concerné (adulte ou enfant)

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5.12.94, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté à votre cas. Lors de cette consultation, vous sera remise une information écrite qu'il faudra lire et rapporter signée lors de votre admisssion. Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site **monrendezvousdanesthésie.fr** ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin de votre médecin traitant et d'apporter vos ordonnances et examens récents (sanguins, cardiologiques, ou radiologiques).

Nom_____
Prénom _____
Profession_____
Age_____
Poids Actuel :_____
Si grossesse, Poids de départ : _____

Taille : _____
Tabac (cig /j) : _____
Alcool (verres /j) : _____
Activité Physique, Sport : _____
_____
_____

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ? (en cours ou récent) ☐ **OUI** ☐ **NON**

-

-

-

-

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ Rhume des foins	☐ Alimentaire	☐ **MEDICAMENTS** (précisez) :
☐ Produits iodés	☐ Eczéma	☐ **PENICILLINE**
☐ Arachide	☐ Soja	☐ **LATEX**

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

☐ Hémophilie, Maladie de Willebrand	☐ Oedeme Angio-Neurotique
☐ Maladie Neuro-Musculaire	☐ Complication d'anesthésie
☐ Autre (précisez):	

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPERÉ(E) ? (si oui, précisez) ☐ **OUI** ☐ **NON**

-

-

-

Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes anesthésies (ex: vomissements)?

-

TSVP ⇨

ANTECEDENTS MEDICAUX

CARDIAQUES			URINAIRES, RENAUX		
Infarctus, angine de poitrine	☐ oui	☐ non	Insuffisance rénale, dialyse	☐ oui	☐ non
Palpitations, syncopes	☐ oui	☐ non	Problèmes de prostate	☐ oui	☐ non
Pace maker	☐ oui	☐ non	**DIGESTIFS**	☐ oui	☐ non
Hypertension artérielle	☐ oui	☐ non	Ulcère gastroduodénal	☐ oui	☐ non
Souffle cardiaque	☐ oui	☐ non	Reflux gastro-oesophagien	☐ oui	☐ non
Phlébite, Embolie pulmonaire	☐ oui	☐ non	Mal des transports	☐ oui	☐ non
Varices	☐ oui	☐ non	**NEUROLOGIQUES**	☐ oui	☐ non
Cholestérol, Triglycérides	☐ oui	☐ non	Epilepsie, convulsions	☐ oui	☐ non
RESPIRATOIRES	☐ oui	☐ non	Coma	☐ oui	☐ non
Asthme	☐ oui	☐ non	Accident vasculaire cérébral	☐ oui	☐ non
Bronchites chroniques	☐ oui	☐ non	Sclérose en Plaques	☐ oui	☐ non
Insuffisance respiratoire	☐ oui	☐ non	Migraines	☐ oui	☐ non
Apnées du sommeil appareillées	☐ oui	☐ non	Maladie de Parkinson	☐ oui	☐ non
INFECTIEUX	☐ oui	☐ non	Glaucome	☐ oui	☐ non
VIH, SIDA	☐ oui	☐ non	**ENDOCRINIENS**	☐ oui	☐ non
Hépatite B ou C	☐ oui	☐ non	Diabète	☐ oui	☐ non
TRANSFUSION SANGUINE	☐ oui	☐ non	Problèmes de Thyroïde	☐ oui	☐ non

COAGULATION

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	☐ oui	☐ non
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur	☐ oui	☐ non
Saignement prolongé après une extraction dentaire	☐ oui	☐ non
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	☐ oui	☐ non
Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement	☐ oui	☐ non

PORTEZ-VOUS ?

☐ Prothèse auditive ☐ Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes ☐ Lunettes, Lentilles

FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours :	☐ oui	☐ non
- Terme : _ _ _ _ semaines		
Accouchements précédents :		
- Sous Péridurale	☐ oui	☐ non
- Problème particulier	☐ oui	☐ non

ENFANTS UNIQUEMENT

Ancien prématuré	☐ oui	☐ non
A déjà été hospitalisé	☐ oui	☐ non
Marche acquise	☐ oui	☐ non
Problème développement / scolarité	☐ oui	☐ non
Parents fumeurs	☐ oui	☐ non

AUTRE : Avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?

_____

Date : _____ **SIGNATURE MANUSCRITE :**

_____

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - 39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél. 04 72 19 32 00 - mail. bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr
www.cliniqueduvaldouest.com
N° FINESS : 690780358
EN/GESO/COV/15/03, le 20/10/2020

CHARTE D'ENGAGEMENT PATIENT
Pour la prévention du risque infectieux

Je soussigné (e), ...

Pour l'intervention prévue le : .....
- ☐ Agissant pour moi-même
- ☐ Agissant pour mon enfant : .....
- ☐ Agissant pour le majeur protégé : .....

M'engage à appliquer les mesures d'hygiène qui sont imposées pendant cette hospitalisation.

Parmi celles-ci, les mesures barrières :
- Porter obligatoirement un masque pendant toute la durée de mon séjour,
- Faire une hygiène des mains régulière,
- Rester dans ma chambre lors du séjour
- Accepter l'absence de visite et d'accompagnant

Je n'hésite pas à demander des explications à mon médecin réfèrent et à l'équipe du service, pour tout questionnement sur les mesures à prendre dans le cadre de mon hospitalisation.

Date :.....

Nom/Prénom du patient :.....

SIGNATURE MANUSCRITE DU PATIENT :

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

Kantys | Clinique du Val d'Ouest

La santé a tellement de talents

Clinique du Val d'Ouest
39, chemin de la Vernique - 69130 Ecully
T. 04 72 19 32 00
www.cliniqueduvaldouest.com