



KIT ADMISSION Maternité



39, chemin de la Vernique - 69130 Ecully
T. 04 72 19 32 00
www.cliniqueduvallouest.com

LES 2 ÉTAPES DE VOTRE ADMISSION

Un séjour à la maternité nécessite impérativement que le dossier du patient soit complet avant l'hospitalisation. Merci de respecter ces recommandations.

Votre RDV chez l'anesthésiste est prévu le _____. Merci de vous présenter **45 minutes avant l'heure de votre consultation d'anesthésie** au bureau des admissions (RDC de la clinique).

1 - LA PRÉ-ADMISSION

A l'occasion de votre consultation d'anesthésie, rendez-vous au bureau des admissions, situé au **RDC de la clinique, de 7h à 19h**, pour **constituer votre dossier de pré-admission**.

Rappel des documents à apporter :

- Tous les documents du présent KIT, complétés et signés (pages 3-4-7)
- Votre **carte d'identité**
- La **photocopie du livret de famille** si le patient est mineur
- Votre **carte vitale** à jour
- La **photocopie de l'attestation de la carte vitale**
- La **prise en charge de votre mutuelle** (Finess 690780358- DMT 165)
- Le **devis du médecin signé**
- 1 chèque d'acompte de 500€ encaissé le jour de votre départ**, si le solde de votre facture le justifie

2 - LA CONSULTATION AVEC L'ANESTHÉSISTE

Pour tout séjour en maternité, la consultation d'anesthésie est obligatoire. Elle doit avoir lieu **obligatoirement plus de 48h avant votre intervention**. **Pour les mineurs, présence 1 ou 2 représentants légaux**.

Prenez un rendez-vous au secrétariat des anesthésistes **au 04 72 19 34 33 ou sur doctolib**.
Le cabinet des anesthésistes est situé au Médicentre, allée B, niveau 1

Rappel des documents à apporter :

- Le **questionnaire pré-anesthésique** rempli (à compléter pages 9 et 10)
- Votre **carte de groupe sanguin**
- Vos **derniers examens biologiques** au 6^{ème} mois
- Vos **ordonnances des traitements en cours**
- Votre **carte vitale**



A remplir par le PRATICIEN

Docteur Accouchement prévu le
Nom et prénom du médecin traitant :

A REMPLIR PAR LA PATIENTE

Hospitalisée

Date des dernières règles :
Nom de naissance : Prénom :
Nom marital : Date de naissance :
Lieu de naissance : Profession :
Situation familiale : Adresse mail :
Adresse :
Code postal : Commune :
Personne de confiance (*nom, téléphone et lien avec l'hospitalisée*) :
.....
Personne à prévenir (*nom, téléphone et lien avec l'hospitalisée*) :
.....
Nom de famille de l'enfant :

Assuré

Nom : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Commune :
N° de Sécurité Sociale : Clef :
Adresse du Centre de Sécurité Sociale :
.....
Nom et adresse de la mutuelle :

Fait à Ecully, le

**Nom :
Signature**



ENGAGEMENT SUR LES CONDITIONS DE SEJOUR

Je certifie par la présente avoir demandé :

Chambre individuelle

- Une **chambre individuelle (sous réserve de disponibilité)** :

Attention : Toute journée entamée est facturée

- Standard** au prix de 95€/jour
 Confort au prix de 115€/jour
 Supérieure au prix de 175€/jour
 Prestige au prix de 250€/jour

- Un lit d'accompagnant au prix de 40€ la nuit incluant le petit déjeuner (uniquement dans les chambres particulières et sous réserve de disponibilité).
- L'ouverture d'une ligne téléphonique au prix forfaitaire de 5,00 €, je suis informé(e) que les communications seront facturées à 0,13 € l'unité.

Chambre à deux lits

- Une **chambre à deux lits** (sans supplément).
- La télévision au prix de 4,00 € par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)
- L'ouverture d'une ligne téléphonique au prix forfaitaire de 5,00 €, je suis informé(e) que les communications seront facturées à 0,13 € l'unité.

Je déclare accepter d'avoir à régler à la sortie les suppléments de séjour (chambre seule ou avec accompagnant, télévision, communications téléphoniques, ...) dépassant la prise en charge par la Sécurité Sociale et ma Mutuelle.

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

Je suis informé(e) qu'il est recommandé de n'apporter ni bijoux, ni objet de valeur, et qu'en cas de nécessité, ils doivent être déposés dans le coffre de la clinique.

Je certifie donc par la présente :

- N'avoir ni bijoux, ni espèces, ni valeurs à déposer au coffre.
- Vouloir déposer au coffre de la clinique des bijoux, valeurs ou espèces, dont un reçu descriptif me sera remis (type de pièce, sans garantie d'authenticité)

Fait à Ecully, le :
(Date d'entrée)

Nom :

Signature :

ATTESTATION de CONSENTEMENT ECLAIRÉ : Chirurgicale - Anesthésique AUTORISATION D'OPERER

Document à remettre le jour de l'hospitalisation à l'infirmière du service

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.

Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie

Au cours de laquelle j'ai reçu une information claire, complète et appropriée, sur les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée. Il m'a été remis lors de cette consultation, une fiche d'information écrite dont j'ai pris connaissance.

J'ai pu poser toutes les questions jugées utiles et bien compris les réponses fournies. J'ai été informé(e) que ces praticiens sont à ma disposition ou à la disposition de mes proches ou du médecin de mon choix, pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai pu en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.

Pour les patients sous tutelle ou curatelle : signature du tuteur

Patient (ou tuteur) :

Nom :
Prénom :
Signature :

Fait le :



CLINIQUE DU VAL D'OUEST
ANESTHESIE REANIMATION
39 chemin de la Vernique, 69130 ECULLY
Médicentre, allée B, 1er étage

tél: 04 72 19 34 33, fax: 04 72 19 34 94, mail: scparvo@yahoo.fr

QUESTIONNAIRE PRE-ANESTHESIQUE

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 admission.

Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site **www.doctolib.fr** ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin par 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 DEJA PRESENTE DES ALLERGIES ? OUI NON

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <input type="checkbox"/> Alimentaire | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTS (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Produits iodés | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> PENICILLINE |
| <input type="checkbox"/> Arachide | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> LATEX |

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ? OUI NON

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hémophilie, Maladie de Willebrand | <input type="checkbox"/> Oedeme Angio-Neurotique | <input type="checkbox"/> Autre (précisez): |
| <input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire | <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie | |

AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERE(E) ? (si oui, précisez) OUI NON

-
-
-
-

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



TSVP ➡

ANTECEDENTS MEDICAUX

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

COAGULATION

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

PORTEZ VOUS ?

<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes	<input type="checkbox"/> Lunettes, Lentilles
--	---	--

FEMMES UNIQUEMENT

ENFANTS UNIQUEMENT

Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ancien prématuré <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Terme : _____ semaines	A déjà été hospitalisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Accouchements précédents :	Marche acquise <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Sous Péridurale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problème développement / scolarité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Problème particulier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Parents fumeurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

DATE :

SIGNATURE :

SERVICES HÔTELIERS

LES CHAMBRES

Découvrez notre gamme de chambres pour un séjour en toute sérénité

LA CHAMBRE DOUBLE - Sans supplément

Une chambre avec deux lits sans supplément. Deux options sont proposées :

- La télévision : 4€/jour avec casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)
- Le téléphone : ouverture d'une ligne téléphonique au prix forfaitaire de 5€ (tarif des communications à 0,13€ l'unité)

LA CHAMBRE STANDARD - 95€/jour

Une chambre individuelle moderne et connectée avec :

- Le Wifi
- La télévision

LA CHAMBRE CONFORT - 115€/jour

Une chambre bien-être qui allie le confort de la **CHAMBRE STANDARD** avec en plus :

- Un petit déjeuner plaisir*
- Une trousse de bienvenue, composée de produits de soins

LA CHAMBRE SUPÉRIEURE - 175€/jour

Une chambre cocooning qui bénéficie de tous les services de la **CHAMBRE CONFORT** avec en plus :

- Un kit de bain, comprenant du linge de toilette et des pantoufles
- Un quotidien régional
- Un repas plaisir* par jour à midi ou le soir, labélisé par l'Institut Paul Bocuse



LA CHAMBRE PRESTIGE - 250€/jour

Un style contemporain et raffiné pour cette chambre avec vue sur le parc qui bénéficie d'un aménagement haut de gamme. Cette chambre offre tous les services de la **CHAMBRE SUPÉRIEURE** avec en plus :

- Une chambre spacieuse
- Une sélection de magazines
- Une couette
- Des draps de luxe
- Un peignoir
- Un plateau d'accueil
- Une décoration et du mobilier design
- La sortie administrative dans votre chambre (sauf le week-end)

*si votre état de santé le permet, demande à faire 24h à l'avance

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Accessibles à toutes les chambres (demande à faire 24h à l'avance), sauf si vous avez une allergie alimentaire de type lactose, gluten,...

- Le petit déjeuner plaisir (British, Continental ou Vitalité) à 10€/ petit déjeuner
- Le repas plaisir à 30€/repas, élaboré en partenariat avec les chefs de l'Institut Paul Bocuse



LES SERVICES ACCOMPAGNANTS

La Clinique du Val d'Ouest propose aussi à l'accompagnant :

Le lit simple avec petit déjeuner offert.....	40 €
Le petit déjeuner plaisir.....	10€
Le repas simple.....	10,50 €
Le repas plaisir.....	30 €
Un sandwich.....	3€



La santé a tellement de talents



KIT ADMISSION MATERNITÉ

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

**CONSERVEZ-LE ET PRÉSENTEZ-LE
À CHAQUE RENDEZ-VOUS**

