

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 IMPÉRATIVEMENT REMPLI ET SIGNÉ AVANT DE VOUS PRÉSENTER AU BUREAU DES ADMISSIONS.

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. 8)
 - 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, 1^{er} 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**.

FICHE DE PRÉ-ADMISSION

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

- Ambulatoire
 Chirurgie ou hospitalisation complète
 Soins externes
 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 confiance » et **je refuse de désigner une personne de confiance.**

*voir page 7 les différences entre personne à prévenir et personne de confiance

Date :

Signature manuscrite du patient :

Signature manuscrite de la personne de confiance :

AMBULATOIRE



ONLY Express

55€ /jour

- › Chambre privée en ambulatoire

HOSPITALISATION COMPLÈTE en Chirurgie, Médecine et Pédiatrie



ONLY Connecté

125€ /jour

- › Chambre privée
- › Bouquet télévision
- › Wifi (code disponible à l'accueil)

Nos OPTIONS à la carte en chambre privée



Option "Gourmet"

- › Petit-déjeuner, déjeuner et dîner GOURMET

65€
/ jour



Option "Duo"

- › Lit accompagnant
- › Petit-déjeuner

45€
/ jour



Option "Duo complet"

- › Lit accompagnant
- › Petit-déjeuner, déjeuner et dîner

65€
/ jour

**2 OPTIONS
CHOISIES
= 1 trousse
de soins**

LA ROSÉE
PARIS

offerte



Nos OPTIONS à la carte en chambre double



Option "Connect"

- › Bouquet télévision
 - › Wifi (code disponible à l'accueil)
- + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

25€
/ jour

ENGAGEMENT SUR LES CONDITIONS DE SÉJOUR EN CHIRURGIE

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

> En hospitalisation complète,

- Une chambre privée Only Connectée au prix de 125€/jour*, sous réserve de disponibilité (toute journée entamée est facturée) :
Avec option :
 - Option "Gourmet" au prix de 65€/jour* incluant le petit-déjeuner, déjeuner et dîner GOURMET
 - Option "Duo" au prix de 45€/jour* incluant le lit accompagnant et le petit-déjeuner
 - Option "Duo complet" au prix de 65 €/jour* incluant le lit accompagnant et le petit-déjeuner, déjeuner et dîner
- Une chambre à deux lits (sans supplément):
 - Avec option télévision au prix de 25,00€* par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

> En ambulatoire :

- Une chambre individuelle Only Express au prix de 55€/jour*, sous réserve de disponibilité (toute journée entamée est facturée)
- Une chambre à deux lits (sans supplément)

* Tarifs applicables à partir du 1er Août 2023

Sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée et des disponibilités

2) Je déclare accepter d'avoir à régler à la sortie :

- les suppléments de séjour (chambre seule et/ou avec accompagnant, télévision, ...)
- la PAS (Participation Assurée 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 à procéder à leur règlement intégral à l'entrée.

3) 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.

4) Je déclare être informé(e) qu'un chèque d'acompte de :

- 500€ pour une hospitalisation complète
- 150€ pour une chirurgie ambulatoire

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

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 « Duo » (45€* la nuit) ou « Duo complet » (65€* la nuit) pour avoir un accompagnant.

5) Je déclare avoir été informé(e) que la chambre double est facturée comme une chambre seule si celle-ci est occupée par l'accompagnant (également valable pour les bénéficiaires de la CMU).

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.

Date :

SIGNATURE MANUSCRITE DU PATIENT :

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 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 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.

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

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.*

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIE
 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 monrendezvousdanesthesie.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 _____	Profession _____
Prénom _____	Age _____
Poids Actuel : _____	Tabac (cig /j) : _____
Si grossesse, Poids de départ : _____	Alcool (verres /j) : _____
Taille : _____	Activité Physique, Sport : _____

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

-

-

-

-

AVEZ-VOUS DEJA PRESENTÉ 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"/> Maladie Neuro-Musculaire	<input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	

AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERÉ(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 gastroduodéal	<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 cérébra	<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

Grossesse en cours :	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
- Terme : _ _ _ _ semaines			
Accouchements précédents :			
- Sous Péridurale	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
- Problème particulier	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non

ENFANTS UNIQUEMENT

Ancien prématuré	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
A déjà été hospitalisé	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Problème développement / scolarité	<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 MANUSCRITE :



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

