Dossier de Pré-admission

Chirurgie Ambulatoire ou HDJ Médecine

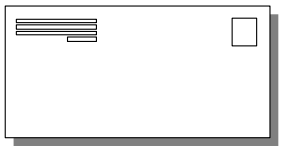
Réaliser sa pré-admission est **obligatoire** pour tout type de séjour
Ce dossier est à remettre au standard de la Clinique dernier délai **1 semaine avant la date d'entrée** (sauf urgence).

Pièces à joindre impérativement à votre dossier :

- ❑ Photocopie de votre pièce d'identité (recto/verso) ou passeport ou titre de séjour ou livret de famille **en cours de validité et à jour**
  - Obligatoire pour entrer dans un établissement de soin, **pour la sécurité de vos soins.**
- ❑ Attestation de vos droits de votre régime obligatoire (CPAM, MSA etc…) actualisés disponible sur le site AMELI (CPAM) ou renseignements complétés en deuxième page.
  - Si nous n'avons pas ces informations votre dossier sera facturé entièrement à votre charge.
- ❑ Photocopie lisible de votre carte d'assurance complémentaire ou mutuelle (recto/verso) **en cours de validité à la date du séjour**.
  - Si nous n'avons pas cette pièce justificative, la part mutuelle vous sera facturée.

Si vous avez bien fourni votre attestation de mutuelle lors de votre pré admission, la clinique se charge des démarches de prise en charge auprès de celle-ci.

Lorsque vous avez complété le dossier de pré-admission, vous avez plusieurs possibilités pour le retourner. Une fois cette étape réalisée, il n'est pas nécessaire d'appeler la clinique, s'il manque des pièces à votre dossier nous vous recontacterons.

	Au standard de la clinique
	Par courrier (attention à la date de votre séjour) : Clinique du Pré - Service des pré-admissions 13 avenue René Laennec - 72000 LE MANS
	Retrouvez dans le livret d'accueil toutes les informations utiles pour votre prise en charge. Téléchargeable via le **QR-Code** ci-contre ou disponible sur notre site internet : https://www.cliniquedupre.com/

Vous devez présenter le jour de votre admission (entrée à la clinique)
votre **PIECE D'IDENTITE** valide
Assurer une identité exacte est le PREMIER ACTE DE SOIN d'une prise en charge de qualité pour votre sécurité

Dossier de Pré-admission

Chirurgie Ambulatoire ou HDJ Médecine

Document à compléter obligatoirement

Sans ces informations votre admission dans notre établissement sera annulée

Renseignement concernant l'admission :

Admission prévue le : ……../……../……. Nom du praticien :……..

Renseignement concernant la personne hospitalisée :

Nom d'usage ou nom de famille : …… Nom de naissance : ……..

Prénom : …….. Sexe : F □ M □ Date de naissance : ……../……../……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : …… Pays : ……

Téléphone portable : ……../……../……../……./……. Téléphone fixe: ……../……../……../……./…….

Adresse mail : ……@……..
Je ne possède pas d'adresse mail : ☐ **0** Je ne souhaite pas transmettre mon adresse mail : ☐ **R**

Nom du médecin traitant :……

Personne à prévenir :

Nom-prénom : …… Lien de parenté : ……..
Adresse : ……
Téléphone : ……../……../……../……./……. ……../……../……../……./…….
Si la personne de **confiance** est la même cocher la case : ☐
Veuillez vous reporter à la page 7 pour les explications liées à la personne de confiance si nécessaire

Renseignement concernant le régime obligatoire du patient et la complémentaire ou mutuelle :

Régime obligatoire (CPAM, MSA, etc…):

- Fournir votre attestation de droits actualisés disponible sur AMELI
- Sinon remplir les informations ci-dessous :
  - Nom de votre régime obligatoire (CPAM, MSA etc…) : ……
  - Adresse complète de celle-ci : ……
    ……
  - Votre numéro d'immatriculation sécurité sociale :
    __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ / __ __

Si nous n'avons pas ces informations votre dossier sera facturé entièrement à votre charge.

Assurance complémentaire ou mutuelle :

Fournir la photocopie de votre carte mutuelle

Si nous n'avons pas cette pièce justificative la part mutuelle vous sera facturée.

Votre intervention est-elle en rapport avec :

Accident de travail □ Maladie professionnelle □ ALD (Maladie longue durée) □
Invalidité □ Sans rapport □

Si oui, merci de nous fournir une attestation

Accident de Travail ou Maladie professionnelle ou ALD ou Invalidité

Directives anticipées : *Déclaration écrite précisant vos souhaits concernant votre fin de vie*

Art. 1111-11/12 CSP : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI ☐ NON ☐ REFUS ☐

(Vous trouverez toutes les informations relatives aux directives anticipées dans le livret d'accueil de l'établissement et disponible sur le site internet de la Clinique du Pré).

Si oui, pensez à en remettre une copie à l'infirmier(e) qui les conservera dans votre dossier.

Confidentialité :

Souhaitez-vous que votre présence au sein de la clinique reste confidentielle (seules les personnes mentionnées sur une liste fournie par vos soins pourront vous contacter) ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Dossier Médical :

Information sur vos droits relatifs à la communication de votre dossier médical : Conformément à la réglementation en vigueur, vous êtes informé(e) que, après votre décès, vos ayants droit peuvent, sous certaines conditions, demander à accéder à votre dossier médical.
Vous avez cependant le droit de vous opposer expressément à cette communication.
Si tel est votre souhait, merci de le signaler ci-dessous :
☐ Je m'oppose à ce que mon dossier médical soit communiqué à mes ayants droit après mon décès.

Date : ___ / ___ / _____
Signature du patient : _____

Autorisations :

Je soussigné(e), ……,

Je suis informé(e) que des prélèvements biologiques complémentaires, nécessaires au bon déroulement de mes soins, pourront éventuellement être effectués. Ils peuvent faire l'objet d'un reste à charge, remboursé par certaines mutuelles.

Signature :

Engagement :

J'ai bien été informé(e) et je déclare m'engager à payer, le jour de ma sortie, l'ensemble des frais (forfaits médicaux, frais de séjour, actes de biologie hors nomenclature, suppléments éventuels) non pris en charge par ma mutuelle ou par la sécurité sociale.
Date : Signature :

Je suis en situation de Handicap :



Avez-vous besoin que du matériel soit mis en place à votre arrivée (matelas à air, sonnette adaptée, etc…) :
☐ non ☐ oui : lequel : ……
Souhaitez-vous être appelé par notre référent handicap ? …… ☐ oui ☐ non
Souhaitez-vous nous apporter des informations complémentaires sur la prise en charge de votre handicap ?
……

Autorisation d'opérer pour les majeurs sous tutelle

***(si le patient ne possède pas les facultés mentales pour prendre les décisions concernant sa santé)* :**

Je ne suis pas concerné(e) par cette rubrique : ☐

Je suis concerné(e) par cette rubrique :

Je soussigné(e), *(nom, prénom, lien de parenté ou qualité)* ……,

Donne l'autorisation d'opérer : *(nom, prénom)* ……

Date : Signature :

Votre transport souhaité :

*Le remplissage de cette rubrique est **facultatif** – Je note que je dois être accompagné après une chirurgie en Ambulatoire*
☐ Véhicule privé ☐ Taxi/ Ambulance Nom :……..tél :……

☐Autre, Précisez ……

Si vous avez besoin d'aide n'hésitez pas à nous contacter.

Informations et autorisations obligatoires pour tout patient hospitalisé

A rapporter à l'infirmière le jour de votre entrée

Information rayonnements X :

Dans la cadre de votre prise en charge au sein du bloc opératoire, l'intervention chirurgicale peut nécessiter l'utilisation d'un appareil émettant des rayonnements X.
La dose de rayonnements X délivrée au cours de la procédure chirurgicale est faible (voire très faible).
Malgré l'ensemble des moyens mis en œuvre, l'apparition de lésions cutanées (rougeur, type « coup de soleil ») pourrait survenir.
En cas de constat d'apparition d'une rougeur au niveau de la zone exposée suite à l'intervention chirurgicale (réaction cutanée survenant au plus tôt 24h après l'exposition), il est impératif que vous informiez le praticien ayant réalisé l'intervention.
En cas d'état de grossesse avéré ou de suspicion de grossesse (retard de règles), il est impératif d'en avertir votre praticien sans délai quelle que soit la nature de l'intervention chirurgicale programmée.
Votre praticien se tient à votre disposition pour tout complément d'informations.

Date : Signature du patient :

Personne de confiance : *N'est pas la personne à prévenir, c'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté*

Je soussigné(e), *(nom, prénom, lien de parenté ou qualité)* ……,
nomme la personne de confiance suivante *(nom, prénom)* ……
Adresse : ……
Téléphone : ……/……
(Vous trouverez toutes les informations relatives à la personne de confiance dans le livret d'accueil de l'établissement).

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

Patient mineur : à retourner 48h avant l'intervention au plus tard.

Autorisation d'opérer pour les mineurs :

Je ne suis pas concerné(e) par cette rubrique : ☐
Je suis concerné(e) par cette rubrique :

- ***Pour un mineur, la signature des deux parents est indispensable. Si l'un des parents ne dispose plus de l'autorité parentale, un justificatif est nécessaire.***
- ***Apporter une photocopie du livret de famille.***

Nous soussignés, (nom, prénom, lien de parenté)……
……

Donnons l'autorisation d'opérer : *(nom, prénom)* ……

Date : **Signature parent 1 :** **Signature parent 2 :**

ATTENTION : Si l'établissement ne dispose pas de cette autorisation d'opérer. L'intervention pourra être annulée.