



CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

INFORMATION PATIENT

Civilité :

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de Naissance : __ / __ / __

Je soussigné(e) _____, en ma qualité de patient(e), certifie :

- Avoir clairement été informée de la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme ;
- Avoir eu la possibilité de poser des questions, les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.
- Atteste avoir donné par écrit le consentement éclairé pour mon intervention au chirurgien et à l'anesthésiste. Oui Non
- Donne mon autorisation pour m'opérer, faire tous les examens complémentaires et toutes anesthésies qui seront jugées nécessaires au cours de mon séjour : Oui Non

Fait à Vitry sur Seine, le : ____ / ____ / ____

Signature



DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ET À PRÉVENIR

PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du code de la Santé Publique)

Je soussigné(e),

Nom marital : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de Naissance : __ / __ / __

Admis(e) au sein de l'établissement en vue de Hospitalisation Ambulatoire Maternité

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner une personne de confiance

Nom marital : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de Naissance : __ / __ / __

Adresse _____

Téléphone : _____

Cette personne de confiance est

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

J'ai été informée :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiqué au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature de la personne de confiance
et signature du patient :

PERSONNE À PRÉVENIR

(À remplir seulement si la personne est différente de la personne de confiance)

Je désigne la personne suivante :

Nom marital : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Téléphone : _____

Adresse _____

Cette personne à prévenir est

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du patient :



OBJETS DE VALEUR

Comme dans tout établissement de santé, la direction vous informe que l'hôpital n'est pas responsable des vols qui ont lieu dans votre chambre.

Nous vous demandons donc de ne laisser aucun objet de valeur dans celle-ci (exemple : argent, bijoux, sac à main, tablette, téléphone, etc.).

Les dentiers et les lunettes sont sous votre responsabilité également et doivent être rangés dans les coffres si vous vous absentez de votre chambre.

Nous vous demandons de laisser vos papiers, affaires de valeur, etc. à votre entourage et de vous les faire rapporter après votre intervention.



DES COFFRES SONT MIS À VOTRE DISPOSITION DANS VOTRE CHAMBRE. UTILISEZ-LES POUR LES OBJETS NON VOLUMINEUX.

Je soussigné(e), (Nom et prénom du patient) :,

atteste avoir été informé(e) le : qu'il n'est pas souhaitable de laisser des objets de valeur dans la chambre.

Aussi la direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Signature du patient
(Nom et Prénom)

PIÈCES À FOURNIR



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

Vous devez vous assurer, avant l'inscription dans notre maternité, que toutes les démarches administratives ont été effectuées.

DÉCLARATION DE GROSSESSE

Le médecin complète un formulaire papier de déclaration de grossesse en trois volets intitulé «Premier examen médical prénatal».

Il faut compléter les informations du formulaire et adresser :

- Les volets bleus à la Caisse d'Allocations Familiales
- Le volet rose à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au plus tard avant la 14^{ème} semaine de grossesse.
- Déclarer la grossesse avant la fin du 3^e mois de grossesse permet de bénéficier au plus vite de la prise en charge de la grossesse au titre de l'assurance maternité.
- Mettre à jour rapidement la carte Vitale est essentiel.

INSCRIPTION À LA MATERNITÉ

Dès que vous avez l'attestation de la sécurité sociale notifiant le 100% maternité (en principe entre le 4^{ème} et le 5^{ème} mois de grossesse), vous devez vous inscrire à la maternité afin que le suivi global (administratif et médical) de votre grossesse se passe dans les meilleures conditions.

Votre inscription sera validée uniquement lorsque votre dossier sera complet.

Il doit contenir les éléments suivants :

- **ORIGINAL** de la carte vitale de la mère à jour de droits
- Pièce d'identité de la mère
- Attestation de sécurité sociale **à jour** de la mère (ou carnet de maternité + étiquettes pour les caisses spécifiques) comportant vos droits maternité à 100%
- Attestation de sécurité sociale à jour du père
- Copie de votre carte d'adhérent à une mutuelle en cours de validité ou CMU ou AME
- Un chèque d'acompte de 300€ pour la chambre individuelle.
- Pour les dossiers comptant (en cas d'absence de couverture sociale) le secrétariat de la maternité vous demandera un acompte de 3500€. Un devis vous sera délivré.



RENDEZ-VOUS

1^{ER} TRIMESTRE

2^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale de début de grossesse : le/..../.....
- Bilan de grossesse - Sérologie

3^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- 1^{ère} échographie : le/..../.....
- Bilan biologique
- Déclaration de grossesse CAF et CPAM

2^{ÈME} TRIMESTRE

4^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- Bilan biologique
- Entretien prénatal avec la sage-femme : le/..../.....

6^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- Bilan biologique

5^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- 2^{ème} échographie : le/..../.....
- Bilan biologique

3^{ÈME} TRIMESTRE

7^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- 3^{ème} échographie : le/..../.....
- Bilan biologique
- Consultation d'anesthésie : le/..../.....

9^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- Consultation avec bilan biologique

8^{ÈME} MOIS

- Consultation obstétricale : le/..../.....
- Bilan biologique

LE JOUR J

- Prévenir le bloc obstétrical de votre arrivée au 01 46 77 03 94
- Prendre le temps de prendre une douche
- Prendre dossier médical + valises

DIRECTIVES ANTICIPÉES - 1/2



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

Au sens de l'article L.1111-11-18 et R 1111-18 et 19 du code de santé publique.

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie.

- Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicale à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.
- Les directives anticipées sont le résultat d'une réflexion libre en toute connaissance de votre état de santé et des conséquences de vos choix.
- La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.
- Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation. Elles sont sans limite de temps et révocables ou modifiables à tout moment.

Je soussigné(e)

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

J'INDIQUE DONC ICI SI J'ACCEPTÉ OU SI JE REFUSE QU'ILS SOIENT ENTREPRIS, NOTAMMENT :

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Une intervention chirurgicale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre :

SI CES ACTES OU TRAITEMENTS ONT DÉJÀ ÉTÉ ENTREPRIS, J'INDIQUE ICI SI J'ACCEPTÉ OU SI JE REFUSE QU'ILS SOIENT ARRÊTÉS NOTAMMENT :

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Assistance respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Dialyse rénale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Alimentation et hydratation artificielles : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre :

À propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès : J'accepte Je refuse

- Je m'engage à informer l'établissement par écrit en cas de changement de mes directives anticipées.
 Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.

Fait le : à :

Signature :

Site Pasteur
22, Rue de la Petite Saussaie
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 73 35 35

Site des Noriets
12, Rue des Noriets
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 59 55 00

DIRECTIVES ANTICIPÉES - 2/2



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

TÉMOIN 1 : JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom et Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme :

Fait le :

à :

Signature :

TÉMOIN 2 : JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom et Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme :

Fait le :

à :

Signature :

Site Pasteur

22, Rue de la Petite Saussaie
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 73 35 35

Site des Noriets

12, Rue des Noriets
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 59 55 00

FICHE PRÉ-ADMISSION MATERNITÉ



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

A remettre lors de votre inscription

SÉJOUR

Nom de votre praticien ou sage-femme	
Date de début de grossesse	
Date prévue d'accouchement	

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement Oui Non

COPIE DES PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À CETTE FICHE DE PRÉ-ADMISSION

- Pièce d'identité
- Carte de mutuelle
- Carte de CMU ou AME le cas échéant
- Attestation de sécurité sociale à jour des droits
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Pour les mineurs :
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents

RENSEIGNEMENTS MAMAN

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Téléphone :
Née le :	à :
Adresse :	
Ville :	code postal :
Mail :	
Nom du médecin traitant :	Ville :
Personne à prévenir :	Téléphone :
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice :	
N° de Sécurité Sociale :	
Caisse Mutuelle :	Adresse :
N° d'adhérent :	
Bénéficiez-vous de :	
AME <input type="checkbox"/> Oui	100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui
CMU <input type="checkbox"/> Oui	Régime local <input type="checkbox"/> Oui

RENSEIGNEMENT CONJOINT

Nom :	Prénom :
Née le :	Téléphone :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
N° de Sécurité Sociale :	



NOS SERVICES HÔTELIERS



Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous. La chambre particulière et les services hôteliers payants ne sont pris en charge ni par la CMU, ni par l'AME.

Un chèque d'acompte de 300€ me sera réclamé, au moment de la pré-admission, en cas de demande d'une chambre particulière.

Je m'engage à régler la totalité des suppléments à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement (déduction faite de l'acompte).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À LA CARTE	CHAMBRE PARTICULIÈRE
Tarifs/jour		115€
Chambre privative, calme et intime*		✓
Coffre-fort individuel	Offert	✓
wifi	<input type="checkbox"/> 3€/jour	✓
Télévision	<input type="checkbox"/> 5€/jour	
Casque	<input type="checkbox"/> 3€	
Votre choix		<input type="checkbox"/>

* Sous réserve de disponibilités

	SERVICES ACCOMPAGNANTS (UNIQUEMENT EN CHAMBRE PARTICULIÈRE)	
	DÎNER	LIT + PETIT DÉJEUNER
Tarifs	10€/unité	20€/jour
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à : le : Signature du patient

INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE - 1/2



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

Ce document, élaboré par la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) 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 pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

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 (endoscopie, radiologie ...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie: l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- 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 sur laquelle se déroulera 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 plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique. 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 serez amené(e) à exprimer vos préférences. 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. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

2. COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ (E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL?

L'anesthésie, quel que soit son type, 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 cardiaque, respiratoire, neurologique, allergique ou infectieuse sont devenues très rares. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements 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.



INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE - 2/2

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 au décours de l'intervention. Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toutes prothèses ou toutes fragilités dentaires particulières. 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 leurs persistances doit vous inciter à consulter. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares 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 LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale. Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie périmédullaire (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 et / ou 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'œil, 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 des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie. Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et / ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure 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 .

Je soussigné(e), _____ déclare

- Avoir clairement été informé(e) de la nature de l'anesthésie qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également des effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.
- Avoir eu la possibilité de poser des questions, les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.
- Accepter l'anesthésie

Date: ____/ ____/ ____

Signature

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHÉSIE



Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Taille : Âge : Poids :

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Quel est le médecin qui vous envoie ?

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie (les parents pourront remplir ce questionnaire pour leurs enfants). Votre médecin traitant pourra éventuellement vous aider. Remplissez ce questionnaire le plus complètement possible, il vous sera réclamé par le médecin anesthésiste lors de la consultation.

NSP : ne sais pas

	QUESTIONS	OUI	NON	NSP
1	Êtes-vous essoufflé(e) après avoir monté un étage ?			
	- Avez-vous le cœur qui bat vite ?			
	- Votre médecin vous a-t-il déjà parlé d'un infarctus ou d'une angine de poitrine ?			
	- Avez-vous déjà perdu connaissance ?			
2	Fumez-vous ?			
	- Toussez-vous, crachez-vous fréquemment ?			
3	Consommez-vous des drogues ou de l'alcool ?			
4	Vous faites-vous des bleus facilement ?			
	- Avez-vous saigné longtemps après une blessure ou une opération ?			
	- Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?			
5	Avez-vous parfois un rhume des foins ?			
	- Avez-vous de l'asthme ?			
	- Avez-vous de l'eczéma ?			
	- Avez-vous de l'urticaire ?			
	- Êtes-vous allergique à certain(s) médicament(s) ?			
	Y a-t-il des asthmatiques ou des allergiques dans votre famille ?			
6	Avez-vous déjà été opéré(e) ?			
	- Vous a-t-on fait une anesthésie locale ou générale ?			
	- Avez-vous déjà été hospitalisé ?			
7	Êtes-vous enceinte ?			
8	Avez-vous eu ou avez-vous des maladies particulières ?			
	- Cardiaques			
	- Pulmonaires			
	- Rénales			
	- Oculaires			
	- Diabète			
	- Hépatite			
	- Ulcère de l'estomac			
	- Autres :			

Si vous répondez OUI, veuillez préciser au dos du questionnaire votre réponse.



QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHÉSIE (SUITE)



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets

VEUILLEZ RAMENER VOS ORDONNANCES PRÉCÉDENTES SVP.

Quels médicaments prenez-vous actuellement ?
(Y compris aspirine, pommade diverse, collyres, laxatifs)

TRAITEMENT	DOSE/JOUR

Notez ci-dessous les autres médicaments pris récemment et que vous ne prenez plus actuellement :

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

- Êtes-vous porteur d'une prothèse dentaire ou dents sur pivot ? Oui Non
- Avez-vous pris pendant plusieurs mois ou années un ou plusieurs médicaments particuliers ?
Si oui lesquels ?

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

Pourquoi ?

.....
.....

SPORT	OUI	NON
Faites-vous du sport ?		
Si oui lesquels ?		
Combien d'heures par semaine		

Observations particulières : pour chacune des questions 1 à 7 pour lesquelles vous avez répondu OUI, donnez des détails dans le cadre réservé à cet effet.

Écrivez ici vos commentaires et signez ce document. Merci.

Date :

Signature :

Partie réservée au médecin anesthésiste

Commentaires médicaux :



RÈGLEMENT INTÉRIEUR - 1/2



Vous avez choisi notre établissement pour votre prise en charge et le suivi de votre grossesse et nous vous en remercions.

Toute l'équipe est à votre disposition pour que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions.

Ce document reprend pour votre information quelques règles nécessaires au respect du bien-être et du repos de tout à chacun.

Toute personne, patient ou visiteur, entrant ou séjournant, dans la clinique doit respecter le règlement intérieur. Nous vous remercions d'en prendre connaissance et de le signer.

CIRCULATION DANS LA CLINIQUE

- Sauf autorisation formelle par le personnel médical, l'accès aux locaux médicaux est interdit.
- Il est interdit aux patients de sortir des limites de l'établissement. En dehors de ces limites, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée.
- Une tenue décente pour les patients désirant circuler dans les couloirs ainsi que pour les visiteurs est demandée.

IL EST INTERDIT DE

- Fumer dans l'établissement.
- Consommer ou apporter des boissons alcoolisées.
- Apporter des médicaments sans avis ou prescription médicale.
- Apporter des aliments aux patients sans avis médical.
- Venir avec un animal.
- Apporter des fleurs coupées ou en pot.
- Brancher tout appareil électrique sans autorisation préalable de la direction. (À l'exception des recharges de téléphones)

BRUIT

Vous devez respecter le repos des autres patients. Veillez au bruit émis par les personnes qui viennent vous visiter, au volume de la télévision. Merci de mettre votre téléphone en mode vibreur, en particulier en chambre double.

AGRESSIONS, DÉGRADATIONS

- Toute agression physique ou verbale envers un personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.
- Toute dégradation causée par un patient ou un visiteur sera à sa charge.

CONSIGNES EN CAS D'INCENDIE

Prenez connaissance du plan d'évacuation dès votre arrivée :
Gardez votre calme, prévenez le personnel et suivez leurs instructions.



RÈGLEMENT INTÉRIEUR - 2/2

OBJETS DE VALEURS ET EFFETS PERSONNELS

Nous vous invitons à venir sans bijoux ni objet de valeur. N'apportez que le strict minimum et utilisez systématiquement le coffre mis à votre disposition dans chaque chambre. La clinique décline toute responsabilité en cas de perte d'objets personnels non sécurisés dans le coffre prévu à cet effet.

VISITES

- Elles sont autorisées sauf avis médical contraire.
- Elles sont essentiellement réservées au conjoint.
- Le nombre de visiteurs ne peut pas excéder 2 adultes en même temps dans la chambre. Chaque patient doit y veiller, de manière encore plus stricte pour les chambres doubles.
- Enfants : seule la fratrie est autorisée.
- Les visites ont lieu tous les jours de 14h à 19h15.

REPAS

Hormis les impératifs médicaux, ils sont servis à :

- Petit-déjeuner : 8h
- Déjeuner : 12h
- Goûter : 16h
- Dîner : 18h30

Il est interdit aux visiteurs de se faire attribuer des repas ou boissons destinés aux patients.

NURSERIE

La nurserie où vous pouvez changer votre bébé et lui donner son bain est collective. Seuls les parents sont autorisés à y pénétrer.

SERVICE DE NÉONATOLOGIE

Seuls les parents sont autorisés à y pénétrer selon les modalités définies par le personnel médical. 1 salle d'accueil fratrie est mise en place sur rendez-vous.


LITIGE

En cas de contestation, chaque patient a la possibilité de contacter le président de la Commission Médicale de la clinique pour un problème d'ordre médical et le directeur pour tout autre sujet.

Je soussignée _____ m'engage à respecter le règlement intérieur de la clinique des Noriets.

Fait à Vitry-sur-Seine, le ____/____/____

Signature



INFORMATION SUR LA TRANSFUSION 3/3

4. LES EXAMENS BIOLOGIQUES AVANT ET APRÈS TRANSFUSION

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessairement la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.

En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués :

- Avant chaque transfusion :

Il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.

- Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois) :

Il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes. Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

5. LES DOCUMENTS REMIS ET L'IMPORTANCE DE LEUR CONSERVATION

Après une transfusion, il est remis, avant la sortie de l'hôpital, un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus. Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à son médecin traitant. Il en a besoin pour assurer un suivi médical de qualité. En cas de transfusions régulières, ces informations peuvent être reportées sur un document récapitulatif.

En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de recontacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

Je suis informée que l'équipe médicale, sera dans l'obligation de pratiquer une transfusion sanguine dès lors que celle-ci est indispensable à ma survie:

Nom : _____ Prénom: _____

Date ____/____/____

Signature



HÔPITAL PRIVÉ de VITRY
Pasteur | Noriets



INFORMATION SUR LA TRANSFUSION



INFORMATION SUR LA TRANSFUSION 1/3

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, ce document est destiné à vous informer sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que sur les examens à réaliser avant et après celle-ci.

Dans le cas particulier d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez sous anesthésie. En conséquence, cette information est assez largement diffusée en préopératoire, et le fait qu'elle vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion. Si vous avez dû recevoir une transfusion durant l'anesthésie, nous vous en informerons dès votre réveil. Si une solution alternative à la transfusion homologue est envisageable, telle la transfusion dite « autologue » (votre propre sang mis en réserve), une information particulière vous sera délivrée. Nous vous invitons à poser au médecin qui vous informera, toute question sur ce sujet que vous jugeriez utile.

CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR

À QUOI SERT UNE TRANSFUSION ET QUELS EN SONT LES PRINCIPAUX RISQUES ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique.

Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus. Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile).

Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le SIDA.

QUELLE SURVEILLANCE EN CAS DE TRANSFUSION ?

La recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée. En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.


Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus. Il est important de conserver ces documents et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

POUR EN SAVOIR PLUS

1. LES PRODUITS ET LEURS INDICATIONS

Les produits sanguins regroupés sous le terme de « produits sanguins labiles » sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs.

Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles. Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.



INFORMATION SUR LA TRANSFUSION 2/3

Les globules rouges ont pour fonction le transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire. Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

2. LES RISQUES CONNUS

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises.

Il s'agit :

- Des risques liés aux très nombreux groupes sanguins. Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus. Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés « irréguliers »). qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé. Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.
- Des risques résiduels de contamination : ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques.

3. LES DANGERS INCONNUS

Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance). Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.