



AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

☐ Oui

☐ Non

Faites votre préadmission avant votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes avant la consultation). Possibilité d'envoyer le **DOSSIER COMPLET** à l'adresse mail : pread.bouchard@elsan.care au moins **72 HEURES** avant votre entrée.

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de préadmission

PIECES OBLIGATOIRES :

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- Attestation de sécurité sociale
- Carte mutuelle recto verso
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Consentement éclairé du Chirurgien et de l'Anesthésiste
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours

POUR LES MINEURS :

- Pièce d'identité des 2 parents + livret de famille
- Autorisation parentale d'hospitalisation signée par les 2 parents
- Consentement éclairé du Chirurgien, de l'Anesthésiste et consentement aux soins signé par les 2 parents
- Si garde exclusive : jugement du tribunal
- Si décès d'un parent, acte de décès

POUR LES MAJEURS PROTEGES :

- Pièce d'identité du tuteur
- Copie du placement sous une mesure de protection judiciaire
- Autorisation d'hospitalisation pour adulte protégé signé par le tuteur
- Consentement éclairé du chirurgien, de l'anesthésiste et consentement aux soins signé par le tuteur

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de naissance :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom d'usage (ou marital) :	
Prénom :	
Né(e) le :	
Lieu de naissance :	
Adresse complète (avec code postale + ville) :	
Téléphone :	
Mail patient/représentant légal :	
Nom du médecin traitant :	Ville :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie		
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :		
N° d'adhérent :			
S'agit-il d'un accident du travail : Oui ☐ Non ☐	Date de l'accident :	Numéro accident travail :	
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui		
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ☐ oui	Régime local ☐ oui		

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs
Des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

OFFRE HOTELIERE HOSPITALISATION				
	CONFORT	BIEN-ETRE	PRIVILEGE (ALGO et BARIA)	PRESTIGE
Chambre privative, calme et intime	✓	✓	✓	✓
Coffre	✓	✓	✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique	✓	✓	✓	✓
TV (TNT) & bouquet Canal+		✓	✓	✓
Wifi		✓	✓	✓
Trousse Bien-Être		✓	✓	✓
Linge de bain mis à disposition : Serviette de toilette, Gant et chaussons		✓	✓	✓
PDJ Continental		✓	✓	✓
Meuble réfrigéré			✓	✓
Repas Gourmand 3 composantes (entrée + plat + dessert) à choisir sur la carte gourmande - déjeuner et dîner			✓	✓
Coin courtoisie : bouilloire (théx3, caféx4 et infusionx3)			✓	✓
Chambre spacieuse avec décoration thématique			✓	✓
TV grand écran				✓
Meuble réfrigéré avec : eaux 50clx2, eau gazeuse x1, coca zéro x1, coca x1, fuze tea x1				✓
Pack nuitée accompagnant (lit, PDJ Continental, linge de bain)				✓
Peignoir, drap de bain et chaussons hôtel				✓
Tarif TTC (8 septembre 2025)	112 € ☐	129 € ☐	169 € ☐	202 € ☐

Les tarifs sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus.

Nos services à la carte :

	TV TNT Canal+	Ouverture ligne téléphonique	Wifi	Chaussons Hôtel	Trousse Bien-Être	Pack nuitée (lit accompagnant & PDJ Continental & linge de bain)	Linge de bain (mise à disposition)	Pack* détente	Pack* Nuit Tranquille	Pack* Fraîcheur	Pack* Essentiels
Tarifs TTC	10€/jour	10€.	5€ jour	4€ unité	7€ unité	30€ unité	10€ unité	10€ unité	12€ unité	12€ unité	20€ unité
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Vous retrouverez le détail du contenu de nos packs directement sur notre site internet.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION : Montants TTC à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur.

Forfait journalier	23€ /jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.	24€/séjour

Ces montants peuvent le cas échéant vous être remboursés par votre organisme complémentaire d'assurance maladie.

Nombre de case(s) cochée(s) :

Signature du patient ou de son représentant légal :

Fait àLe



PERSONNE DE CONFIANCE

L'article L.111-6 du Code de la Santé Publique prévoit que toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment

La personne de confiance accepte d'être personne de confiance et reçoit mandat express pour avoir accès au dossier médical.

Je soussigné(e)

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ L'état du patient ne lui permet pas de désigner une personne de confiance

☐ Désigne en qualité de personne de confiance :

NOM : Prénom :

Téléphone :

Lien avec le patient :

Signature de la personne de confiance



Je décharge ma personne de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.

PERSONNE A PREVENIR

Je soussigné(e) M

Désigne comme personne à prévenir en cas d'urgence, de besoins particuliers d'ordre organisationnel ou administratif durant mon séjour :

NOM :

Prénom :

Téléphone :

Lien avec le patient :

Date et signature du patient :



DIRECTIVES ANTICIPEES

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

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales 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.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

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.

Avez-vous déjà rédigé des directives anticipées ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, où sont-elles conservées ?

.....

Si non, souhaitez-vous en rédiger ?

☐ oui ☐ non

Si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées vous pouvez demander les deux modèles proposés par l'Haute Autorité de santé à nos agents d'accueil de préadmission et admission.

☐ Je souhaite avoir plus d'informations. Ainsi, nous vous proposons deux possibilités :

- ⇒ Des renseignements auprès des membres de l'équipe soignante dans le service où vous êtes hospitalisé,
- ⇒ Des renseignements auprès de deux associations spécialisées dans l'aide à la rédaction des directives anticipées.



ADMD-Ecoute : 01 48 00 04 92



Jalmaiv Marseille : 04 91 42 26 95

Fait à Marseille, le :

Signature du patient :

Rappel : Article L.1111-11 : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.



DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Qu'est-ce que le Dossier Médical Partagé (DMP) ?

Le DMP est votre carnet de santé numérique. Il permet de retrouver l'ensemble des informations médicales du patient.

- Traitements médicamenteux ;
- Pathologies et allergies éventuelles ;
- Historique des remboursements
- Comptes rendus d'hospitalisation et de consultation ;
- Résultats d'examens ;
- Résultats d'examens de biologie ;
- Directives anticipées.

Ce dossier informatique rassemble toutes vos informations médicales détenues par votre médecin traitant, les médecins spécialistes que vous avez consultés, votre laboratoire de biologie, ainsi que les établissements de santé dans lesquels vous avez séjourné...

Le DMP permet aussi aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations utiles à votre prise en charge et de partager avec d'autres professionnels de santé des informations médicales vous concernant.

Je soussigné(e), (Nom et prénom)

Né(e) le.....

☐ Refuse que la Clinique Bouchard de Marseille alimente et/ou renseigne mon Dossier Médical Partagé

☐ Refuse que la Clinique Bouchard de Marseille consulte mon Dossier Médical Partagé

En cas de changement d'avis au cours de ma prise en charge, je m'engage à en informer les équipes.

Le :

Signature du patient :

À :

**AUTORISATION PARENTALE POUR ENFANT MINEUR* OU AUTORISATION POUR ADULTE
PROTEGE* DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION**

Je soussigné (e), NOM et Prénom des parents* ou représentant légal* :

Mère :

Père :

Représentant légal :

.....

1. Autorise mon enfant* ou l'adulte protégé* que je représente, NOM et Prénom

.....

..... Né(e) le A être hospitalisé(e), le /..... /.....

Au sein de la clinique BOUCHARD, 77 rue du Docteur ESCAT, 13006 Marseille.

2. Autorise toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant* et ou de l'adulte protégé* que je représente :
L'intervention chirurgicale, examens médicaux invasifs ou non invasifs.

Je pourrai être contacté au 06..... et 04.....

Mon adresse pendant la durée de l'hospitalisation :

.....

.....

.....

Fait à le

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature de la mère **(Obligatoire)**

ET

Signature du père **(Obligatoire)**

OU du représentant légal pour l'adulte protégé **(Obligatoire)**

*rayer la mention inutile

