

FICHE DE PRÉADMISSION

Document à rendre 15 jours avant votre hospitalisation

ou 30min avant la consultation d'anesthésie ou sur <https://monespace.elsan.care>

SÉJOUR

☐ Hospitalisation Complète
(au moins 1 nuit)

☐ Ambulatoire
(journée)

☐ Centre Ambulatoire Kléber

Nom de votre praticien :

Date de séjour prévue : / / à H

☐ Je confirme avoir reçu mon passeport clinique

VOTRE IDENTITÉ

Nom d'usage : Prénom(s) :

Nom de naissance : Date de naissance : / /

Sexe : ☐ F ☐ M Lieu de naissance : Code postal de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom : Téléphone : Ville :

SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE

Numéro de Sécurité Sociale : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Rang de naissance :

Mutuelle : C.S.S. : ☐ Oui ☐ Non

Date d'accident de travail : / / (Joindre le justificatif d'accident de travail)

MON ESPACE SANTÉ

L'équipe médicale peut consulter et alimenter votre espace santé : ☐ Oui ☐ Non

ANONYMAT, NON DIVULGATION DE PRÉSENCE

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre établissement et d'en faire part à l'équipe soignante ou à l'accueil de notre établissement.

Souhaitez-vous ne pas divulguer votre présence et conserver votre anonymat lors du séjour ? ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE PATIENT

Fait à, Le



NOM DE NAISSANCE : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

PERSONNE À PRÉVENIR

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif (transfert, fin du séjour, sortie...). Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales. Au cours de votre hospitalisation ou à la fin de celle-ci, vous pouvez demander à changer de personne à prévenir.

Souhaitez-vous désigner une personne à prévenir durant cette hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées de la personne à prévenir

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

Avez-vous informé la personne à prévenir ? ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, lors de toute hospitalisation, l'établissement met le patient en mesure de désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation. Vous pouvez révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, vous vous engagez à en informer par écrit l'établissement.

☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance.

Nom : Prénom : Téléphone :

Lien de parenté :

Signature Personne de confiance

Signature du Patient

Date : / /

Date : / /

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement.

Les directives anticipées doivent se présenter sous la forme d'un document écrit, daté et signé et sont modifiables et révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? ☐ Non ☐ Oui (apportez-les avec vous)

TUTELLE

Pour les patients sous tutelle, veuillez faire compléter le document joint à votre tuteur et faire parvenir l'attestation de jugement.

Nom et prénom du représentant légal :

N° Tél. : Mail :

Fait à, le

Signature Tuteur :

COMMENT TRANSMETTRE CE DOCUMENT ?

- **Rapide et facile** d'accès : en vous connectant directement sur votre espace personnel sur notre site internet : <https://monespace.elsan.care>
- En vous rendant au service des préadmissions de la Clinique du Parc Lyon, du lundi au vendredi, entre 8h et 17h

DOCUMENT À JOINDRE

- ☐ Fiche de Préadmission complétée ;
 - ☐ Votre carte d'identité ou votre passeport ou votre titre de séjour en cours de validité ;
 - ☐ Votre carte vitale ou votre attestation de sécurité sociale ou votre carte d'aide médicale d'état ;
 - ☐ Votre carte de mutuelle ou la prise en charge hospitalière ;
 - ☐ Fiche de convocation remise par la secrétaire ;
 - ☐ Si vous êtes en **accident du travail**, vous devez apporter la feuille d'accident du travail donnée par votre employeur ou la feuille de prise en charge de l'assurance maladie.
- **Pour les personnes de moins de 18 ans :**
 - ☐ L'autorisation d'opérer signée par les 2 parents ;
 - ☐ Cartes d'identité des deux parents ;
 - ☐ Livret de famille (page parents et enfant) ;
 - ☐ Carnet de santé à apporter le jour de l'admission ;
 - **Pour les patients sous tutelles :**
 - ☐ Présence obligatoire du tuteur justifiant de ses droits sur la personne.
 - ☐ Prévoir la pièce d'identité du tuteur en cours de validité.
 - ☐ Avoir la photocopie de la décision de justice de mise sous tutelle.
 - ☐ Avoir l'autorisation d'hospitalisation signée par le tuteur.

Prise en charge par votre mutuelle

Informations utiles pour votre mutuelle :

Clinique du Parc Lyon

N°FINESS : 690023239

Code DMT (Discipline Médico-Taritaire):

181 : Chirurgie

174 : Médecine

Mail : cly.accueil@elsan.care

Centre Kleber

N°FINESS : 690043476

Code DMT (Discipline Médico-Taritaire):

181 : Chirurgie

174 : Médecine

Mail : cly.accueil@elsan.care

Préadmission en ligne
sur <https://monespace.elsan.care>



AUTORISATION D'OPÉRER POUR MINEUR

NOM DE NAISSANCE: **PRÉNOM:** **DATE DE NAISSANCE:**

Représentant légal de l'enfant:

Nom Prénom

Né(e) le

Conformément à l'article 16-3 du Code civil, la signature des deux représentants légaux est obligatoire pour effectuer l'intervention. Il en va de même en cas de séparation ou de divorce, si les deux parents conservent l'exercice de l'autorité parentale, les deux signatures sont obligatoires. Si l'un des parents est déchu de ses droits parentaux, un certificat du jugement doit être présenté ou remis.

Je reconnais avoir reçu du chirurgien, de l'anesthésiste et de tout médecin consulté, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont mon enfant souffre au cas où il ne se ferait pas opérer. Ils m'ont aussi expliqué les risques auxquels mon enfant s'expose en se faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la pathologie dont mon enfant est affecté, mais également à des variations individuelles non toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, les médecins peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire. Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit. Cette autorisation ne constitue pas une décharge de responsabilité.

En l'absence des signatures des deux représentants légaux, l'intervention sera annulée.

Parent 1

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Adresse

Téléphone

Email

Fait àle,

Signature OBLIGATOIRE

Parent 2

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Adresse

Téléphone

Email

Fait àle,

Signature OBLIGATOIRE

Services hôteliers AMBULATOIRE

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).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *	CHAMBRE PARTICULIÈRE ENFANT <10 ans*
Date d'entrée :/...../.....			
Espace privatif, calme et intime		✓	✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓	✓
Wifi illimité	✓	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) *** 1 verrine de fromage blanc avec son coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et son petit pain /ou 1 brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café). Pour les ORL : 1 compote, 1 yaourt aromatisé à boire, 1 glace, 1 verre d'eau et 1 jus de pommes.	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'*** (adultes) Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraichissantes, chausse-pied, peigne, crayon à papier.	✓	✓	
Mon kit activités ou ma trousse Petit Prince (enfants)	✓	✓	✓
Tarifs/séjour	35 €	82 €	54 €
Votre choix **	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 15 Septembre 2025.

* sous réserve de disponibilité.

** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet biscuits) *** me sera servie dans les lieux de réception des patients prévus à cet effet (et sous réserve de contraintes alimentaires).

*** Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	24€/séjour
--	------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou du représentant légal

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).

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?

SOLO*

CONFORT*

PRIVILEGE

PREMIUM

Date d'entrée : / /

Chambre privative, calme et intime avec coffre-fort	✓	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique & Wifi illimité		✓	✓	✓
TV (TNT & Bouquet CANAL+)		✓	✓	✓
Trousse Bien-être		✓	✓	
Une paire de chaussons par séjour			✓	✓
Pack nuit tranquille			✓	✓
Presse quotidienne et deux magazines (par séjour)			✓	✓
Petit déjeuner Continental quotidien **			✓	✓
Linge de toilette (drap de bain, serviette de toilette, tapis de bain, gant de toilette et peignoir à disposition)			✓	✓
Chambre spacieuse et meuble réfrigéré			✓	✓
Un menu Gourmet servi durant le séjour **			✓	
Un menu Gourmet servi par jour **				✓
Espace détente : machine Nespresso, bouilloire (dosettes et thé à discrétion) et deux boissons fraîches par séjour				✓
Offre de bienvenue				✓
Produits bien-être Clarins (femmes), Blaise Mautin (hommes)***				✓
Tarifs / jour	120 €	140 €	180 €	230€
Votre choix	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 12 Janvier 2026.

*sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contraintes médicales. *** Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

SERVICES À LA CARTE

	CHAMBRE DOUBLE				ACCOMPAGNANT				
	TV	WIFI	Ouverture Ligne téléphonique	Pack connecté	Pack nuitée	Pack demi-pension	Menu Gourmet	Formule enfant -10 ans	Formule enfant -10ans /CSS
Tarifs	10€/jour	7€/jour	6€/séjour*	20€/jour	83€/nuit	109€/jour	25 €	52€/nuit	18€/nuit
Votre choix	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. *Appels émis en sus 0.15€/minute

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montants à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur

Forfait journalier	20€/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) : ☐

Fait à Le

Signature du patient ou de son représentant légal :

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).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'*
Date d'entrée : / /		
Espace privatif, calme et intime		✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓
Wifi illimité	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) *** 1 verrine de fromage blanc avec son coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et son petit pain /ou brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café).	✓	✓
Mon pack Vision *** 1 ^{er} œil : une paire de lunettes protectrices (catégories 3UV400) 2 ^e œil : une boîte à lunettes & un kit entretien lunettes	✓	✓
Tarifs/séjour	25€	82€
Votre choix **		
1 ^{er} œil	☐	☐
2 ^e œil	☐	☐

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 15 septembre 2025.

** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers) *** me sera servie sous réserve de contraintes alimentaires.

*** Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre sortie suivant la réglementation et les tarifs en vigueur.

Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€) Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé. Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.	24€/séjour
--	-------------------

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐

Fait à Le

Signature du patient ou du représentant légal