



DOSSIER D'INSCRIPTION

Maternité Bouchard

Votre inscription sera validée uniquement lorsque le dossier sera complet.

Pour cela, celui-ci doit contenir les documents suivants :

- Copie de votre pièce d'identité et/ou titre de séjour et/ou passeport en cours de validité
- Attestation de la sécurité sociale comportant vos droits maternité 100% ou « Calendrier de grossesse » délivré par la sécurité sociale soit par courrier soit sur votre espace AMELI.
- Copie de votre carte d'adhérent à une mutuelle en cours de validité ou CSS

**CE DOSSIER EST À RETOURNER AU SERVICE MATERNITÉ
AVANT LE 7ÈME MOIS DE GROSSESSE**

Par mail : *de préférence*
maternite.bouchard@elsan.care

Par courrier à l'adresse suivante :
Secrétariat de la maternité - Clinique Bouchard
77 rue du Docteur escat
Bp 50169
13444 Marseille cedex 06

**CONTACT SECRETARIAT MATERNITÉ :
04.91.15.94.48**

MATERNITÉ FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Avez-vous déjà séjourné dans notre établissement ? Oui Non

SÉJOUR :

Nom de votre obstétricien / sage-femme	
Votre date d'accouchement	
Votre date d'entrée et heure d'entrée si votre accouchement est programmé	

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

- Pièce d'identité en cours de validité
 - Carte mutuelle
 - Attestation de sécurité sociale (100% maternité)
 - Liste de vos traitements médicamenteux en cours
 - Attestation d'accident de travail
- Pour les mineurs :
- Livret de famille et pièce d'identité des 2 parents
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
- Pour les majeurs protégés :
- Jugement de placement sous mesure de protection judiciaire

RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTURIENTE

Nom d'usage (ou marital) :		Prénom :	
Nom de naissance :		Lieu de naissance :	
Née le :		Téléphone :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Nom du médecin traitant :		Ville :	
Personne à prévenir :		Téléphone :	Lien de parenté :
Mail de la parturiente / du responsable légal :			
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :			

RENSEIGNEMENTS ASSURÉE

Lien de parenté par rapport à l'assurée :	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Née le :
Adresse :	Téléphone :
Code postal :	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 :			
Bénéficiez - vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire <input type="checkbox"/> Oui		100% (exonération du ticket modérateur) <input type="checkbox"/> Oui	
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie <input type="checkbox"/> Oui		Régime local <input type="checkbox"/> Oui	

SERVICES HOTELIERS

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).

	Bien-être	Privilège	Prestige
Chambre privative, calme et intime avec nurserie individuelle*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ouverture de ligne téléphonique, coffre fort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tv (TNT) & bouquet Canal +	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wifi illimité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Meuble réfrigéré		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trousse bien-être** (un tube de dentifrice, une brosse à dent, un peigne neutre, 4 cotons tiges, petit paquet de mouchoirs, un savon / un gel douche / un shampoing / un lit corps ALGOTHERM)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Linge de bain à disposition : drap de bain, serviette de toilette et tapis de bain			<input checked="" type="checkbox"/>
Livre photo CEWE à 26 pages à composer soi même (frais de livraison en sus)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Petit déjeuner Continental (boisson chaude : café, thé ou chocolat) + jus de fruit 25cl ou fruit entier + viennoiseries trio mini + confiture + pain complet + beurre + yaourt nature)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pack nuitée accompagnant (lit & PDJ Continental & linge de bain)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Coin courtoisie **: bouilloire (thé/café/infusion)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Coin prestige **: (thé Kusmi tea, infusion, cafetière Nespresso avec capsules, sachet de chocolat et lait en poudre)			<input checked="" type="checkbox"/>
Repas gourmand 3 composantes** (entrée+plat+dessert) à choisir sur la carte gourmande - déjeuner et diner			<input checked="" type="checkbox"/>
Le plus V.I.P :			
<ul style="list-style-type: none"> Chambre spacieuse avec décoration thématique* TV grand écran Peignoir de bain mis à disposition Chaussons hôtel, 1 mug offert "je suis né(e) à Bouchard" 			<input checked="" type="checkbox"/>
TARIFS TTC (à compter du 15/09/2025)	<input type="checkbox"/> 143 €	<input type="checkbox"/> 168 €	<input type="checkbox"/> 208 €

LES TARIFS S'ENTENDENT TTC ET SONT APPLICABLES PAR JOUR DU 1ER AU DERNIER JOUR DU SÉJOUR, JOUR DE SORTIE INCLUS.

*Chambre sous réserve de disponibilité

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

Le jour de sortie en chambre individuelle est facturé.

Selon le décret N° 2019-719 du Ministère des Solidarités et de la Santé (Journal Officiel du 09/07/2019)

LA DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE N'EST PAS UNE RESERVATION DEFINITIVE.

ELLE VOUS SERA ATTRIBUEE EN FONCTION DES DISPONIBILITES DU SERVICE ET LE PLUS VITE POSSIBLE.

SERVICES HOTELIERS

SERVICES A LA CARTE :

	TV TNT & Canal +	Trousse Bien-être	Kit linge de toilette	Chausson Hôtel	Doudou Ours	La cap de bain de bébé	Pack nuit accompagnant Chambre seule	Wifi (demande secrétariat)
Tarifs	10€/jour	7€/unité	11€/unité	6€/unité	10€/unité	12€/unité	31€/nuitée	5€/nuitée
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Les tarifs s'entendent en TTC

REPAS BIEN ÊTRE : si vous faites le choix d'une catégorie BIEN ÊTRE, les 3 repas standards (petit déjeuner + déjeuner + diner) sont inclus dans le prix de la chambre.

PARTICIPATIONS LIÉES 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€/jour

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 :

Des prestations de restauration sont incluses dans votre séjour.
Découvrez aussi notre Carte Gourmande, avec un large choix sucré et salé,
disponible en ligne ou en chambre.

PRÉ-REGLEMENT ET ACOMPTE

Nous vous rappelons que la chambre particulière vous sera attribuée uniquement en fonction des disponibilités du service.

Le règlement d'un acompte est requis pour tout séjour. Pour **une chambre particulière (600 €)**, ce dépôt est obligatoire **avant** votre hospitalisation (par empreinte bancaire ou espèces). Pour une **chambre double (200 €)**, l'acompte doit également être versé, mais le dépôt n'est pas exigé avant le jour de l'admission (exonération pour les bénéficiaires de la CSS).

L'empreinte bancaire équivaut à une pré-autorisation d'encaissement (réserve d'argent bloquée mais non débitée).

Nous vous informons que la priorité d'attribution des chambres est réservée aux patients ayant finalisé leurs démarches administratives. À défaut, le service se réserve le droit de modifier l'affectation de votre chambre en fonction des nécessités du service et de l'activité hospitalière.

Si vous ne pouvez pas finaliser vos formalités de sortie le jour même, votre empreinte bancaire fera office de dépôt de garantie. En effet, la clinique n'appliquant pas le tiers payant sur les dépassements d'honoraires, ce dépôt sera automatiquement encaissé après votre départ pour couvrir le règlement de ces frais.

Une facture acquittée avec un bordereau de facturation (S3404-Bordereau 615) vous seront envoyés par mail pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle (en fonction du contrat souscrit).

La signature de ce document équivaut à une acceptation du règlement de la Clinique.

Nom : _____

Prénom : _____

Signature :

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE

Forfait journalier (pour les surveillances de grossesses de – 6 mois) : 20 euros/jour
Ce montant peut éventuellement être pris en charge par votre complémentaire santé)

Anesthésie :

Vous aurez à régler **240€** de dépassement d'honoraires en cas de péridurale.

LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CSS N'ONT PAS à régler les dépassements d'honoraires de l'anesthésiste.

Obstétricien :

Vous aurez des honoraires supplémentaires à régler pour votre obstétricien (demandez-lui le montant de ce dépassement au cabinet).

LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CSS N'ONT PAS à régler les dépassements d'honoraires de l'obstétricien.

Pédiatre

Vous aurez des **dépassements d'honoraires de 110 €.**

La Clinique ne procède pas au tiers-payant sur les dépassements d'honoraires. Vous devez effectuer l'avance de ces frais à votre sortie. Une facture acquittée et un bordereau de facturation (S3404-Bordereau 615) vous seront remis à la sortie pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle.

LES PATIENTES BENEFICIAIRES DE LA CSS N'ONT PAS à régler les dépassements d'honoraires du pédiatre.

Avance de frais médicaux pour votre bébé :

Il vous faudra faire l'avance des frais médicaux de votre bébé en ce qui concerne les actes techniques de laboratoire, radiologie, échographie par exemple.

Des feuilles de soins correspondantes à ces frais vous seront remises ; vous devrez les envoyer seulement après avoir affilié l'enfant à votre organisme d'assurance maladie pour un remboursement intégral.

La secrétaire de la maternité vous contactera pour finaliser votre dossier. Sans cette empreinte bancaire aucune chambre seule ne vous sera attribuée. La caution sera systématiquement encaissée pour les sorties du dimanche et jours fériés.

J'atteste avoir pris connaissance des différents dépassements d'honoraires concernant les médecins :

- Le dépassement d'honoraire de l'Obstétricien (voir avec son obstétricien directement au cabinet).
- Le dépassement d'honoraire pour le Pédiatre qui s'élève à 110€.
- Le dépassement d'honoraire pour l'Anesthésiste qui s'élève à 240 €.

La Clinique ne procède pas au tiers payant sur les dépassements d'honoraires.

Vous devez effectuer l'avance de ces frais à la sortie.

Une facture acquittée et un bordereau de facturation vous sera remis pour un éventuel remboursement auprès de votre mutuelle.

Vous avez la possibilité de demander un paiement différé au secrétariat.

La signature équivaut à une acceptation du devis présenté à l'inscription.

Marseille, le

Signature :

ATTESTATION MATERNITÉ

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) Men ma qualité de patiente

Représentant légal de M(pour les patientes mineures)

Atteste être informée qu'il est strictement interdit par la loi dans un établissement de soins, de fumer et d'utiliser un téléphone portable.

Atteste avoir pris connaissance de l'information qui suit précisant que les chambres disposent de coffres permettant de déposer tout objet de valeur lors de votre séjour.

En cas de vol, perte ou détériorations d'objets non déposés, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée si le coffre n'a pas été utilisé pour le dépôt de ces objets.

Il est toutefois vivement recommandé d'éviter d'amener tout objet de valeur lors de votre hospitalisation.

Le

Signature

Le personnel de la Clinique étant soumis au secret professionnel,

Je soussigné(e) M

- Autorise le personnel de la Clinique Bouchard
- N'autorise pas le personnel de la Clinique Bouchard

À révéler ma présence, ou celle du malade que je représente, dans l'établissement

à toute personne qui en fera la demande, notamment par le simple fait de transmettre une communication téléphonique.

Le

Signature :

CONFIDENTIALITÉ

INFORMATIONS AU COUPLE

RESPECT DES PROFESSIONNELS

Je soussignée, Madame

Certifie avoir reçu l'information :

Toute patiente inscrite dans cette maternité s'engage à respecter le travail des professionnels de santé sans distinction de sexe, ou de religion.

Tout est mis en œuvre pour la sécurité de vos soins et le respect des bonnes pratiques.

Notre équipe médicale se compose de femmes et d'hommes ; en s'inscrivant dans notre maternité vous vous engagez donc à être prise en charge par cette équipe.

Marseille, le

Chers futurs parents,

Afin de se conformer à la loi Climat L541-15-10 d'aout 2021 et de réduire le gaspillage lié aux échantillons non souhaités, votre clinique ne vous distribuera les échantillons seulement sur demande.

ECORESPONSABILITE

Je soussignée, Madame

- Accepte de recevoir des échantillons de produits pendant mon séjour
- Refuse de recevoir des échantillons de produits pendant mon séjour

Marseille, le

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

L'intéressée :

Le conjoint(e) ou concubin :

ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

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), (prénom - nom d'usage)

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.

Signature du patient :

Le :

À :

VOS DROITS

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

J'autorise la Clinique Bouchard, à contacter, en cas de nécessité, la ou les personnes ci-après désignées:

Nom, prénom:

Lien avec la patiente:

Tél:.....

Nom, prénom:

Lien avec la patiente:

Tél:.....

DÉSIGNATION DE LA 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, l'établissement vous propose de désigner une personne de confiance pendant la durée de votre hospitalisation. Cette personne de confiance sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Cette désignation se fait par écrit en remplissant la fiche mise à votre disposition par la clinique.

Cette désignation est révocable à tout moment. Les dispositions relatives à la désignation de la personne de confiance ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, dans cette hypothèse, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit la révoquer. La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom :..... Prénom :.....

Date et lieu de naissance:

Adresse:.....

.....

Téléphone :.....

Cette personne, légalement capable, est : un proche un parent mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

J'ai été informée que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à..... Le

SIGNATURE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance :

Je reconnais avoir été informée 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, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du Code de la santé publique s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de son nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives indiquent ses souhaits concernant 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 tous moyens, elles sont modifiables ou annulables.

Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge dans l'établissement. Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance. Pour ce faire, nous vous conseillons de vous rapprocher du cadre de soins.

NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE :

Non Oui
 Oui Non

Avez-vous rédigé vos Directives Anticipées ?

Si oui, souhaitez vous nous les communiquer ?

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE



Document à faire à remplir par votre médecin/sage-femme lors de votre prochain rdv mensuel

Je soussigné(e) Dr atteste avoir reçu
Mmeen consultation le/...../..... .

J'assurerai son suivi de grossesse en vue d'un accouchement au sein de la
Clinique BOUCHARD.

Tampon et Signature du Médecin/SF

VOTRE INSCRIPTION NE POURRA ÊTRE PRISE EN COMPTE QU'AU RETOUR
DE CE DOCUMENT SIGNÉ PAR L'UN DE NOS PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AUX SOINS

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ OBSTÉTRICAL

Docteur, je, soussignée, Mme (Nom de naissance/prénom).....
vous confirme:

- Avoir été clairement informée, que ce soit dans ce document, et lors des entretiens que nous avons eus (pendant lesquels j'ai pu vous poser librement toutes les questions que je souhaitais) sur ma grossesse, l'accouchement et toutes les complications pouvant survenir dans ce contexte
- Avoir reçu de votre part des informations précises en fonction de mon cas particulier sur :
 - Les accouchements particuliers (siège, grossesse gémellaire, utérus cicatriciel...)
 - Les risques et les bénéfices concernant un accouchement par déclenchement soit pour les risques et les bénéfices concernant un accouchement par les voies naturelles ou par une convenance personnelle, soit pour raison médicale
 - Les risques de complications pendant l'accouchement (hypertension, altération des signes vitaux foetaux...) pouvant conduire à une césarienne en urgence
 - Les risques de complications survenant au moment ou après l'accouchement (infections, lésions urinaires ou périnéales, douleurs...) qui peuvent nécessiter une prise en charge complexe médicale et/ou chirurgicale à la clinique et/ou un autre établissement
 - Les risques d'hémorragie graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital et nécessiter une éventuelle transfusion, embolisation utérine, hystérectomie d'hémostase
- Que j'ai également été clairement informée qu'au cours de ma grossesse, de l'accouchement et/ou des soins suivants l'accouchement, l'anesthésiste et vous-même pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise ainsi que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaire dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.
- Avoir pris connaissance des informations contenues dans le Dossier Obstétrical du Service de Gynécologie-Obstétrique de la Clinique BOUCHARD
- Ne pas avoir dissimulé d'information ou d'éléments nécessaires à ma prise en charge
- M'engager à respecter les règles de fonctionnement du Service de la maternité Bouchard
- Avoir été informée que la présence d'un seul et même accompagnant sera autorisée en secteur de naissance jusqu'à mon retour en chambre
- M'engager à me rendre aux consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez durant mon séjour
- Avoir pris connaissance qu'il est strictement interdit de filmer la naissance, ainsi que les professionnels de santé dans l'exercice de leur fonction sans autorisation de l'équipe médicale.
- Autorise le Gynécologie-Obstétricien présent dans l'établissement le jour de mon admission à pratiquer mon accouchement dans les conditions ci-dessus.

Signature du Gynécologue Obstétricien	Nom de naissance et signature de la patiente précédée de la mention "lu et approuvé"	Nom de naissance et signature du co-parent précédée de la mention "lu et approuvé"

CAS PARTICULIER DE LA PATIENTE MINEURE OU MAJEURE SOUS TUTELLE

Nom et signature père <u>et</u> mère ou tuteur de la patiente mineur ou majeure sous tutelle, précédées de la mention "lu et approuvé"	Nom et signature de la patiente majeure sous tutelle précédée de la mention "lu et approuvé"

ETIQUETTE PATIENT



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AUX SOINS

AUTORISATION PARENTALE – SOINS NOUVEAU-NÉ

Je soussigné (e), NOM et Prénom des parents :

Mère :

Père/co-parent :

- Autorisons notre enfant à naître que je représente, à être hospitalisé(e) au sein de la clinique BOUCHARD, 77 rue du Docteur ESCAT, 13006 Marseille, suite à sa naissance, si son état de santé le nécessite.
- Autorisons toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant que je représente : intervention chirurgicale, examens médicaux invasifs ou non invasifs.

Fait àle

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature de la mère (Obligatoire)

ET

Signature du père/co-parent (Obligatoire)

ETIQUETTE PATIENT :



PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

PATIENTE EN AUTO-ADMINISTRATION MÉDICAMENTEUSE EN MATERNITÉ

Chère patiente, L'équipe de la maternité, vous propose de gérer et prendre vos traitements de manière autonome pendant votre séjour en suites de couches.

PRINCIPE

Lors de votre hospitalisation à la maternité, la clinique est responsable de vos traitements : nous devons nous assurer que vous prenez le bon médicament à la bonne dose au bon moment. C'est pourquoi, en général, ce sont les équipes soignantes qui les préparent et vous les donnent au bon moment. Depuis octobre 2022, la législation permet aux équipes soignantes de proposer aux personnes hospitalisées de prendre leurs médicaments de façon autonome, cela s'appelle l'auto-administration des médicaments. A la maternité, nous souhaitons pouvoir vous laisser cette autonomie de gestion de vos traitements lors de votre hospitalisation. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une obligation et vous êtes libres d'exprimer votre consentement ou non à la participation à ce dispositif. Si vous êtes volontaire pour cette prise en soins, l'équipe soignante est là pour vous accompagner.

EN PRATIQUE

Lors de votre arrivée dans le service de suites de couches, la sage-femme vous présentera le protocole et vous remettra cette fiche d'information. Vous êtes libre de choisir si vous souhaitez ou non bénéficier du protocole « PAAM 1 Post-Partum ». Si vous êtes volontaire pour intégrer le protocole, la sage-femme remplira avec vous un questionnaire afin de vérifier que tous les critères sont remplis pour que vous puissiez gérer vos traitements en autonomie. Vous devrez ensuite signer le questionnaire pour valider votre consentement et votre engagement au respect du protocole. La sage-femme passera ensuite tous les jours pour vous distribuer vos traitements et vous expliquer les modalités de prise (horaires, dose, voie d'administration). Il vous faudra ensuite ranger les médicaments dans le pilulier qui vous sera fourni dans votre chambre. Veillez à ce que le pilulier reste bien rangé dans votre placard afin d'éviter tout risque médicamenteux notamment lors des visites de personnes étrangères au service. Lors des passages de la sage-femme dans votre chambre, vous l'informerez des traitements que vous avez pris afin qu'elle puisse les noter dans votre dossier.

A tout moment, vous pouvez renoncer à prendre vos médicaments en autonomie. Il vous suffit d'en informer la sage-femme. De son côté, l'équipe soignante peut décider de reprendre la main sur vos traitements si elle l'estime nécessaire. Dans ce cas, la sage-femme vous informe du motif justifiant l'arrêt du protocole.

L'équipe soignante reste disponible tout au long de votre séjour pour répondre à vos questions

PROJET DE NAISSANCE

MON PROJET DE NAISSANCE CE QU'IL FAUT RETENIR AVANT LA RÉDACTION

L'équipe de la Maternité de la Clinique BOUCHARD s'engage à prendre connaissance, au préalable de l'accouchement, de votre projet de naissance, afin d'être informée de vos souhaits.

Nous avons bien conscience, qu'il est toujours plus agréable de pouvoir prendre le temps de se connaître et de discuter tout simplement autour de ces questions, mais à défaut de moments réguliers que nous aurions pu avoir pour échanger, nous vous proposons de rédiger vos attentes, pour pouvoir en discuter avec une sage-femme, lors d'un entretien personnalisé.

Ces idées, besoins, ou attentes doivent s'inscrire dans la démarche de vivre activement et positivement ce moment, et de le partager avec l'équipe soignante dans l'écoute, l'échange et la bienveillance.

Il est important de garder à l'esprit qu'établir un projet de naissance ne garantit évidemment pas d'avoir l'accouchement projeté :

- D'une part, parce que le déroulement d'un accouchement est un événement imprévisible par nature.
- Et d'autre part, parce que la sage-femme/Gynécologue Obstétricien ou le Pédiatre qui accompagnera les futurs parents sera peut-être dans l'impossibilité d'accepter certains points qui, selon son appréciation, peuvent constituer un risque médical.
- L'apparition de complications peut amener les professionnels à recourir à des interventions ou des soins non souhaités, mais indispensables pour la sécurité de la mère et de l'enfant.

Demandez le support pour pour rédiger votre projet de naissance lors de votre entretien prénatal précoce

LES ÉQUIPES MÉDICALES

ANESTHESISTES

- **BERDUGO Laurent**
- **CASTAGNEDOLI Jean-Gabriel**
- **DECAMPS Isabelle**
- **FRANCESCHINI Bruno**
- **PALADINI Marie-Hélène**
- **PAOLI Serge**
- **TAGAWA Philippe**
- **WOLF Maxime**
- **MAX Howard**

*Pour tous ces praticiens, composez le
04 91 15 94 47*

GYNECOLOGES OBSTRETRICIENS

- **AMAR Aimé** - 376 av du Prado – Marseille 8ème 04 91 71 01 82
- **AMRAM Michaël** - 77, rue Jean Mermoz – Marseille 8ème 04 91 76 19 22
- **BERNARDINI Marc** - 215 av du Prado – Marseille 8ème 04 91 80 86 80
- **DAHAN Yaniv** - 376 Avenue du Prado - Marseille 8 ème 04 91 71 01 82
- **GACHON Bertrand** - 24 rue Léon Paulet - Marseille 8 ème 04 84 89 54 92
- **GLOWACZOWER Éric** - 345, av du Prado – Marseille 8ème 04 86 57 05 70
- **KRIEF Mikael** - ESPACE MEDICAL CASTELLANE 38 Avenue de Toulon –Marseille 6ème 04 91 79 48 45
- **LAZARD Alexandre** - 345 avenue du Prado - Marseille 8ème 04 84 89 65 80
- **PERNIN Emilie** - GYNECO HERRIOT. 25 Bd Edouard Herriot - Marseille 8ème 04 91 35 54 28
- **RAYLET Mélina** - 345 avenue du prado - Marseille 8 ème 04 84 89 66 01
- **ROUX Pauline** - CABINET PRADO LOUVAIN 7 BIS Bd Louvain 13008 Marseille 04 91 22 68 18
- **SLIM Nadia** - Cabinet Médical GYNETOPIA 6 rue du Docteur Albert Schweitzer – Marseille 6ème 04 84 32 00 11
- **STEFANI-MORCILLO Lison** - 345 avenue du prado - Marseille 8 ème 04 84 89 66 01

SAGES-FEMMES LIBERALES

- [Ordre des Sages-femmes, conseil départemental des Bouches-Du-Rhône](#)

PEDIATRES

- **DAHAN COHEN Sonia** - 170 Bd du Redon, 13009 Marseille - DOCTOLIB.FR
- **FALAISE Nicolas** - 19 Rue de la République, 13002 Marseille - 04 91 90 32 29
- **LÉ Marie Sophie** - 77 rue du Dr Escat - Marseille 6ème - 04 94 50 13 77
- **MATES Madalina** - 129 Rue du Commandant Rolland, 13008 Marseille - 04 91 24 97 63
- **MACIEJEWSKI Emilie** - Centre de santé Bouchard 203 Rue Breteuil, 13006 Marseille - 04 65 40 06 50
- **TEMPLIN Ludvine** - Village sud Bâtiment, 3 Mail du Général de Gaulle, 13380 Plan-de-Cuques - 04 91 05 08 00