



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 (uniquement pour les hospitalisations sans anesthésie générale).

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 code postal 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 de 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).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE ENDO *	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *
Chambre privative, calme et intime*		✓	✓
TV + Wifi	✓	✓	✓
Collation gourmande (salée ou sucrée)***1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche, 1 salade de fruits ou 1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille d'eau 50cl. Pour les ORL : 1 crème dessert à la vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl.	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'*** (Tube de solution hydro-alcoolique, paquet de 3 mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingette rafraichissante, chausse-pied, crayons à papier avec gomme, un peigne)	✓	✓	✓
Tarifs TTC au 8 Septembre 2025/séjour	29€	63€	84€
Votre choix **	☐	☐	☐

* Sous réserve de disponibilité.

** A défaut de choix, une collation simple de réalimentation vous sera proposée (boisson chaude, madeleine, sachet crackers).

Sous réserve de contraintes médicales.

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

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre préadmission/admission suivant la réglementation et les tarifs en vigueur	
Participation forfaitaire TTC : (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.	32€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou du représentant légal



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) M.....

☐ 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



Jalmav 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.



ACCES AU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (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), (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 :

À :

Signature du patient :

**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 => 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 àle

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



CONSENTEMENT AUX SOINS

Madame, Monsieur,

L'évolution de la réglementation nous impose de recueillir, par écrit, votre consentement libre et éclairé, aux soins qui vous seront pratiqués. Ce consentement ne constitue pas une décharge, mais la preuve que vous avez reçu l'information adéquate.

Je soussigné(e),

Mme -M.

Exprime, par la présente, mon consentement libre et éclairé aux actes médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques pratiqués par **le Docteur**

Je reconnais avoir reçu toute l'information souhaitée, loyale, claire et appropriée, au sujet des modalités de l'acte ou des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques, des précautions préalables et des risques éventuels, y compris des risques exceptionnels.

Je reconnais aussi que j'ai pu poser toutes les questions concernant ces actes et que les explications que vous m'avez fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix.

Fait à Marseille, le

Votre signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

ETIQUETTE PATIENT

