MON PASSEPORT HOSPITALISATION



12/05/ 2026

Nom de naissance : ..... **Nom d'usage :** .....

Prénom : ..... **Date de naissance :** ...../...../.....

Votre praticien

Dr .....

N° téléphone du secrétariat : .....

Cachet praticien

Étape 1 - Préadmission obligatoire à réaliser

A faire en ligne (lien transmis après la programmation de votre consultation) ou après la consultation anesthésique.
Porte 1 - Accueil : Admissions

Étape 2 - Votre consultation anesthésique

Prendre rendez vous au secrétariat des Anesthésistes : **Tél : 02 98 43 53 12** ou sur le **site : https://anestbreteche.fr**

Porte 4 - Bâtiment Socrate 1er étage Le ...../...../..... à .....

Étape 3 - Autres rendez-vous si nécessaire (cardiologie, radiologie, entretien infirmier...)

Le...../...../..... à ..... h ..... avec : .....

Le...../...../..... à ..... h ..... avec : .....

Le...../...../..... à ..... h ..... avec : .....

Votre intervention - Merci de vous annoncer à l'accueil à votre arrivée

Date d'entrée...../...../..... Date de l'opération : ...../.....

UN ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT EST OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES.

VOS DOCUMENTS

CONSULTATION CHIRURGICALE

Documents remis au patient

- Passeport hospitalisation
- Services hôteliers
- Livret d'accueil

Éventuellement :
- Devis
- Ordonnances du praticien

ÉTAPE 1 : PRÉADMISSION

Documents à remettre aux admissions par le patient

- Renseignements administratifs **p.5**
- Carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour
- Livret de famille pour les enfants
- Services hôteliers
- Carte vitale ou justificatif de couverture sociale
- Feuille d'accident du travail
- Assurance complémentaire ou mutuelle (carte d'adhérent ou prise en charge)
- Attestation éventuelle : CMU, ACS, ou CME

ÉTAPE 2 : CONSULTATION ANESTHÉSIQUE

Documents à remettre à l'anesthésiste par le patient

- Carte vitale
- Renseignements médicaux **p.7**
- Directives anticipées **p.9**
- Personne de confiance **p.10**
- Prise en charge initiale, **complétée par le chirurgien p.11**
- Questionnaire de pré -anesthésie **p.13**
- Ordonnances de traitement
- Autorisation de consentement à l'acte d'anesthésie

Tous documents médicaux récents
- Carte de groupe sanguin / Bilan sanguin
- Bilan biologique
- Compte-rendu cardiologique
- Carnet de santé (pour les enfants)

Pour les mineurs ou majeurs protégés :

- Formulaire d'autorisation de soins et de consentement à l'acte d'anesthésie pour patient mineur/majeur sous tutelle **p.17**
- Carnet de santé
- Copie du jugement de tutelle ou de curatelle pour les majeurs protégés

Documents remis par l'anesthésiste au patient

- Information médicale sur l'anesthésie **p.15**
- Consignes patient

Éventuellement :
- Devis du praticien
- Ordonnances

JOUR DE L'ENTRÉE

A remettre à l'équipe soignante

- Médicaments habituels dans leurs boites d'origine et ordonnances
- Carte de groupe sanguin ou bilan sanguin
- Éventuels examens radiologiques et système d'immobilisation

SORTIE

Documents remis au patient

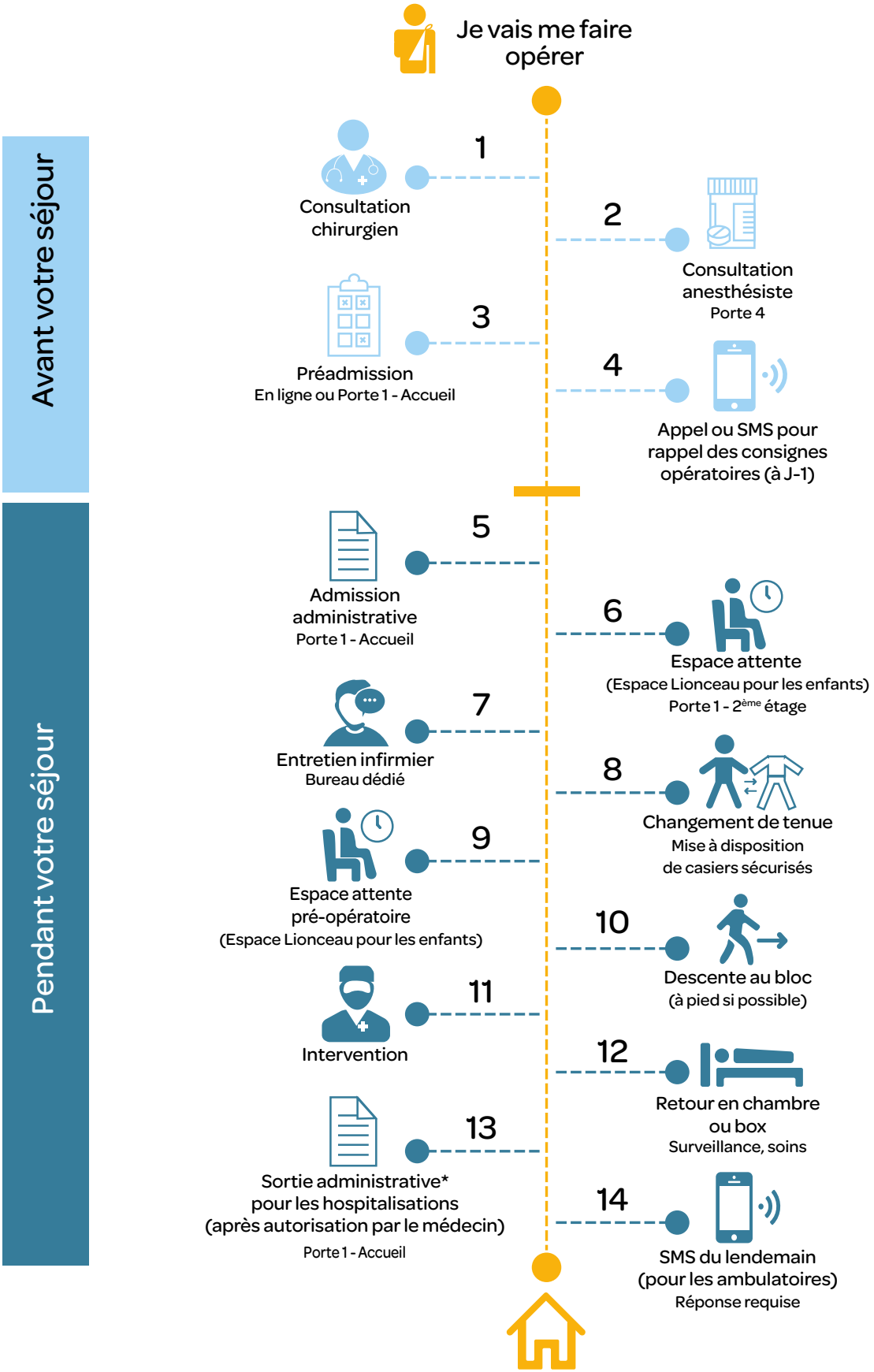
Sortie médicale (secrétariat médical et secrétariat de soins) :
- Lettre de liaison de sortie
- Fiches de consignes post-opératoires

Éventuellement :
- Ordonnances
- Arrêt de travail

Sortie administrative (service admission / accueil) :
- Bulletin de sortie
- Bulletin de situation
- Règlements éventuels

Pour l'ambulatoire : l'entrée et la sortie se font en même temps à l'arrivée.

Mon parcours en chirurgie



*La sortie d'un mineur ne peut se faire sans la présence d'un titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur (2 pour les enfants de moins de 2 ans).
*Veillez à vous munir d'un moyen de paiement pour avancer les éventuels dépassements et suppléments hotellier.

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

ELSAN
CLINIQUE BRETÉCHÉ

BUREAU DES PRÉADMISSIONS
3, rue de la Béraudière – Accueil, porte 1
BP 54613 - 44 046 Nantes CEDEX 01

SERVICE PRÉADMISSION EN LIGNE
Téléphone : 02 51 86 86 50
Mail : pread.breteche@elsan.care

Renseignements administratifs pour l'admission

AFIN DE CONSTITUER AU MIEUX VOTRE DOSSIER DE PRISE EN CHARGE AUPRES DE VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE AINSI QUE DE VOTRE MUTUELLE, NOUS VOUS DEMANDONS DE NOUS JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :
(prévoir une copie en cas d'envoi par courrier) :

☐ **Une pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)

- ➔ Pour les mineurs : CNI (ou livret de famille) et une pièce d'identité pour chaque titulaire de l'autorité parentale
- ➔ Pour les majeurs protégés : Copie du jugement de tutelle et une pièce d'identité du majeur protégé et du tuteur

☐ **L'attestation de droits de votre organisme d'assurance maladie** ou venir avec votre **carte vitale**

☐ **Votre attestation de mutuelle** en cours de validité

☐ **L'attestation d'accident ou de maladies professionnelles** délivrée par votre employeur (si votre séjour est en rapport avec cet accident)

☐ **L'accord de 100%** si parcours en PMA.

Important : *La carte vitale te le permis de conduire ne sont pas considérés comme des pièces d'identité valides*

☐ Je certifie avoir pris connaissance des informations transmises à travers le livret d'accueil de la clinique. Je certifie exactes les informations données et accepte les termes du document.

Fait à Nantes, le _ _ / _ _ / _ _ _ _ Signature du patient ou du représentant légal :

Les prestations hôtelières vous seront proposées lors de votre inscription.

FO-183-14

DOCUMENT À REMETTRE AUX ADMISSIONS PAR LE PATIENT

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

ELSAN
CLINIQUE BRETÉCHÉ

DOSSIER PATIENT – Renseignements médicaux

Ce formulaire ainsi que tous les documents demandés par votre praticien (ex : ordonnances prescrites par votre médecin traitant, compte-rendu d'examen, autorisation de soins…) doivent être remis au médecin anesthésiste lors de votre consultation pré-opératoire

⓵ NE PAS ENVOYER CE DOCUMENT PAR COURRIER

Partie réservée au patient

NOM DE NAISSANCE : …… **NOM D'USAGE (marital) :** ……

PRENOM(S) DE NAISSANCE : ……

DATE DE NAISSANCE : ……../ ……../…… **SEXE :** ☐ **F** ☐ **M**

Téléphone fixe : …… Portable : ……

AUTORISATION D'HOSPITALISER ET D'OPERER
→ Pour les enfants mineurs et majeurs sous tutelle

Votre praticien vous a remis une demande d'autorisation d'opérer (FO-329) :

☐ Oui (merci de le ramener complété lors de la consultation d'anesthésie)
☐ Non → contacter le secrétariat de votre praticien pour le demander
☐ Non concerné

FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT POUR L'ACCES AUX DONNEES MEDICALES

Concernant l'accès à votre dossier et/ou la transmission d'informations sur votre santé :

- Les professionnels de santé (médecin de la clinique, médecin traitant ou spécialiste désignés par vous) peuvent échanger des informations nécessaires à la continuité de votre prise en charge, ou de manière anonyme à des tiers à des fins statistiques ou de recherche. Si vous souhaitez refuser cette communication à tous ou une partie des professionnels de santé, préciser leur nom, et qualité :

NOM du professionnel : …… Prénom : ……
Qualité : ……

- Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises :
☐ À mes ayants droits en cas de décès
☐ Aux titulaires de l'autorité parentale (pour les patients mineurs)
☐ À du personnel habilité dans le cadre de contrôle visant à améliorer la qualité de la prise en charge

Vous pourrez revenir sur ce choix à tout moment.

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

MON ESPACE SANTÉ (ou Dossier Médical Partagé DMP)

Par principe, conformément aux consignes du ministère de la santé, les documents importants concernant votre hospitalisation sont envoyés par votre praticiens vers « Mon Espace Santé » (votre dossier médical partagé)

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé (traitements, résultats d'examens, allergies, etc.)

Votre DMP permet une circulation sécurisée de l'information et favorise la coordination, la qualité et la continuité de vos soins entre tous les professionnels de santé, en ville comme à la clinique.

Vous pouvez activer et accéder à votre DMP à partir du portail "Mon Espace Santé". Vous pouvez aussi renseigner vos directives anticipées depuis cet espace.

Les avantages du Dossier médical partagé :

- ✓ Toutes les informations sont accessibles en ligne, par vous et par vos médecins ;
- ✓ La conservation des données est hautement sécurisée ;
- ✓ Le dossier médical facilite les prises en charge en urgence ;
- ✓ Vous pouvez donner/refuser l'accès aux professionnels de santé de votre choix.

Sauf refus de votre part, lorsque votre praticien complète votre dossier médical (compte-rendu opératoire, lettre de liaison, ordonnance, etc.) les documents importants sont automatiquement envoyés vers votre DMP.

Le portail du DMP est accessible via ce QR-Code →

Si vous souhaitez refuser cette transmission, merci de cocher la case suivante et d'informer le service vous prenant en charge.

☐ Je refuse que « Mon Espace Santé » soit alimenté par la clinique

Fait le : ……..…… à : ……..…… Signature :

MEDECIN ADRESSEUR (si différent du médecin traitant)

Raison sociale (ex : CHU, SOS Médecins…) : .....

Nom :…… Prénom : ……

Adresse : ……..

Code Postal : ……..…. Ville : ……..……..

N° tél : ……..

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

DIRECTIVES ANTICIPEES

(une trame plus complète est disponible sur sante.gouv.fr)

Que vous soyez en bonne santé ou atteint d'une maladie grave, vos directives anticipées peuvent aider vos futurs médecins à **mieux comprendre qui vous êtes et ce que vous souhaiteriez si vous n'étiez plus en mesure d'exprimer votre volonté** (par exemple en cas de coma).

Au-delà de votre hospitalisation à venir, il s'agit donc d'**un document important qui peut être utile à tout moment.**

Votre identité

NOM de naissance : ..... NOM d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Si vous êtes placé sous tutelle, avez-vous une autorisation du juge ou du conseil de famille : ☐Oui ☐Non

Votre situation personnelle, vos convictions, vos craintes

Certaines informations peuvent aider votre médecin à mieux comprendre vos directives. Vous pouvez y évoquer votre situation familiale, vos proches, vos convictions personnelles, vos craintes en matière de douleur, de solitude, l'endroit où vous souhaiteriez finir votre vie, etc. : .....

.....

.....

Vos directives anticipées

Si vous êtes un jour dans le coma, sans espoir de pouvoir à nouveau vous réveiller et communiquer avec vos proches (à l'issu d'une maladie grave, d'un traumatisme crânien, d'un AVC, etc.)

Souhaiteriez-vous être maintenu artificiellement en vie ? .....

.....

.....

Souhaiteriez-vous que certains soins soient réalisés ou maintenus ?

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre traitement que vous souhaiteriez ou non : .....

.....

En cas d'arrêt des traitements qui pourraient vous maintenir artificiellement en vie, souhaiteriez-vous ou non **bénéficier d'une sédation profonde et continue** associée à un traitement de la douleur, (c'est-à-dire d'un traitement qui endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'au décès) :

.....

.....

☐ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées ☐ J'ai déjà mes directives anticipées

☐ Je souhaite modifier ou annuler mes précédentes directives anticipées du : .....

Si vos directives anticipées sont déjà rédigées, elles sont disponibles :

☐Sur votre Espace Santé Auprès de : .....

Fait le : ..... à : ..... Signature :

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

PERSONNE DE CONFIANCE

La loi prévoit que cette personne **témoignera de vos volontés et parlera en votre nom** si vous ne pouvez plus vous exprimer : **elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées**. C'est donc un choix important.

Je soussigné(e) nom de naissance, prénoms, date et lieu de naissance ……
……
……
……

Déclare :

☐ Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance **mais ne pas souhaiter en désigner une**

☐ Avoir reçu l'information sur la personne de confiance **et souhaite désigner** la personne suivante :

NOM et Prénom : ……
Domicilié.e à : ……
……
Téléphone : ……
E-Mail : ……
Lien avec cette personne : ☐ Famille ☐ Conjoint.e ☐ Proche ☐ Médecin

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

☐ Jusqu'à ce que j'en décide autrement.

OU

☐ Uniquement pour la durée de mon séjour au sein de la Clinique Bretéché.

☐ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer.

☐ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Je m'engage à informer la personne citée ci-dessus de cette désignation ainsi que de ses missions, et l'invite à cosigner ce document.

Fait le : …… à : ……

Signature du patient :	Signature de la personne de confiance désignée :

ⓘ Attention : Si le formulaire n'est pas signé par le patient ET par la personne de confiance désignée, ce formulaire ne pourra légalement pas être pris en compte par la clinique.

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

PRISE EN CHARGE INITIALE DU PATIENT LORS DE SON HOSPITALISATION

PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Nom de naissance : ..... **Nom d'usage** (marital)……

Prénom du patient : ..... **Date de naissance** : ……

Date prévue d'hospitalisation : ……..... Type : ☐ Ambulatoire ☐ Hospitalisation complète

Si hospitalisation en ambulatoire, autorisez-vous le patient à rester seul le soir chez lui : ☐ oui ☐ non

Date prévue d'intervention : ……..... ☐ Matin ☐ Après-midi

Date prévue de sortie : …….....

Motif d'hospitalisation / Intervention envisagée : (Code CCAM si possible : ……..)

.....

Modification de traitement nécessaire à l'intervention :

.....

.....

☐ Acte hors nomenclature ☐ DP ☐ Pas de DP ☐ CMU

Pensez à joindre un devis – Montant du devis ou autre dépassement : …….. €

1) **Avez-vous informé le patient, conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, des bénéfices – risques de l'intervention ou du traitement envisagé ?** ☐ oui ☐ non

2) **Validation réglementaire du risque infectieux :** → *protocole de référence / CAT : PR-014*

- **RISQUE MALADIE CREUTZFELD-JAKOB (MCJ) :**

  ☐ Patient ni suspect, ni atteint :

  ☐ Acte à risque (neurochirurgie hors rachis, actes touchant le nerf optique ou la muqueuse olfactive) → **inactivation**

  ☐ Acte non à risque → **procédure habituelle**

  ☐ Patient diagnostiqué suspect (reçu PSL) ou atteint → **informer le chef de bloc et lancer la cellule de concertation (séquestration ou inactivation)**

- **STATUT INFECTIEUX :**

  ☐ Patient porteur de BMR (bactérie multi-résistante) ; de SARM (Staphylocoque résistant à la méticilline) ; d'EBLSE (entérobactérie productrice de bétalactamase à spectre étendu)

  ☐ Patient avec risque de portage de BHRe (rapatriement sanitaire de l'étranger, hospitalisation à l'étranger de + de 24h dans les 12 derniers mois) ; ou patient connu porteur de BHRe

  ☐ Patient actuellement porteur d'une maladie contagieuse : ……

  → **Si concerné informer l'EOH et la gestion des lits**

Autres situations particulières de prise en charge à signaler (informer si besoin praticien, EOH ou resp. du service concerné) **:**

……

……

Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

CACHET MEDICAL
et signature du praticien :

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

Clinique Bretéché Nantes
Secrétariat d'anesthésie
Tél. : 02 98 43 53 12 Fax : 02 51 86 87 67
anesthesie.anbre@gmail.com
www.anestbreteche.fr

Dr O. AMRANI – Dr F. BROUSSEAU – Dr T. CAZAUBIEL – Dr D. FANGNIGBE – Dr R. KERBRAT – Dr R. MOTREUL – Dr C. NATHAN – Dr K. RAFIK – Dr G. SAKOU

QUESTIONNAIRE DE PRE-ANESTHESIE

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5 décembre 1994, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté.
Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site www.anestbreteche.fr ou au 02 98 43 53 12, d'apporter **IMPERATIVEMENT** :

1) Ce **questionnaire** rempli et signé
2) Vos **dernières ordonnances**
3) Vos **analyses biologiques** et **carte de groupe sanguin**
4) Les **comptes rendus médicaux** (cardiologue, pneumologue…)
5) Le **carnet de santé** pour les enfants
6) Votre **carte vitale**

NOM de naissance: ..... **Nom d'usage :** ..... **Sexe** : **F** ☐ **M** ☐

Prénom : ..... **Date de naissance :** ..... **Tél :** .....

Adresse mail : .....

Poids : ..... **Taille :** ..... **Médecin traitant : Dr** ..... **Cardiologue : Dr** .....

Profession : ..... **Activité physique :** ..... **CMU/ACS : oui** ☐ **non** ☐

Avez-vous déjà été OPERE(E) et/ou HOSPITALISE(E) ? OUI ☐ **NON** ☐ Si oui, pouvez-vous dire pour quel(s) motif(s), quand et quel(s) type(s) d'anesthésie (locale, générale, rachidienne…) ?

- -
- -
- -
- -

Avez-vous (ou un membre de votre famille) été victime d'un **accident d'anesthésie ?** OUI ☐ NON ☐ Si oui, quel **type d'accident** ? (Bris dentaire, allergie, nausées, vomissements, réveil agité, intubation difficile, hyperthermie maligne …)
_____

Avez-vous déjà présenté des ALLERGIES ? OUI ☐ **NON** ☐

☐ Alimentaires ☐ Médicaments : .....
☐ Latex ☐ Autres : .....
Type de réaction (urticaire, œdème de Quincke,…) : .....

Consommez- vous des TOXIQUES ? OUI ☐ **NON** ☐

☐ Tabac : nombre de cigarettes/jour : ..... depuis ..... Tabac sevré depuis .....
☐ Alcool : nombre de verres/jour : ..... depuis ..... Alcool sevré depuis .....
☐ Cannabis ☐ Autres : .....

Êtes-vous opposé(e) à un TEST VIH (SIDA) ou autres sérologies en cas d'accident des soignants (piqûres) **: OUI** ☐ **NON** ☐

Pour les femmes : Avez-vous eu des **grossesses** ? **OUI** ☐ **NON** ☐ Si oui, combien et quand ? .....
Êtes-vous **enceinte** ? **OUI** ☐ **NON** ☐
Prenez-vous un moyen de **contraception** (pilule, stérilet, implant…) ? **OUI** ☐ **NON** ☐

T.SVP

FO-184-11

DOCUMENT À REMETTRE À L'ANESTHÉSISTE PAR LE PATIENT

Avez-vous des ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ? OUI ☐ NON ☐ si oui, lesquels :

CARDIAQUES :
- ☐ Angine de poitrine
- ☐ Infarctus (année ……)
- ☐ Troubles du rythme
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Pacemaker, défibrillateur (année ……)
- ☐ Mort subite dans la famille
- ☐ Autres : ……

RESPIRATOIRES :
- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Emphysème, insuffisance respiratoire
- ☐ Syndrome d'apnée du sommeil
  ☐ appareillé ☐ non appareillé
- ☐ Autres : ……

VASCULAIRES :
- ☐ Varices
- ☐ Phlébite, embolie pulmonaire (année ……)
- ☐ Artérite
- ☐ Autres : ……

DIGESTIFS :
- ☐ Ulcère gastrique
- ☐ Reflux gastrique, hernie hiatale
- ☐ Cirrhose
- ☐ Autres : ……

NEUROLOGIQUES :
- ☐ Accidents Vasculaire Cérébral (année ……)
- ☐ Epilepsie, convulsion
- ☐ Dépression
- ☐ Maladie de Parkinson
- ☐ Troubles de la mémoire
- ☐ Autres : ……

METABOLIQUES :
- ☐ Diabète
- ☐ Maladie de la thyroïde
- ☐ Goutte
- ☐ Autres : ……

RENAUX- PROSTATIQUES :
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Adénome de la prostate
- ☐ Autres : ……

DIVERS :
- ☐ Atteinte oculaire : glaucome, autre ……
- ☐ Atteinte musculaire : myopathie, myasthénie
- ☐ Infection : VIH, hépatites, tuberculose, …
- ☐ Cancer : année ……, localisation ……
- ☐ Douleur chronique : fibromyalgie, algodystrophie
- ☐ Mal des transports
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Fatigue inhabituelle
- ☐ Autres : ……

COAGULATION :
- Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement **OUI ☐ NON ☐**
- Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur **OUI ☐ NON ☐**
- Saignement prolongé après une extraction dentaire **OUI ☐ NON ☐**
- Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomie) **OUI ☐ NON ☐**
- Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement **OUI ☐ NON ☐**

Avez-vous déjà été **transfusée** ? **OUI ☐ NON ☐** si oui, en quelle année ? ……

Etes-vous **opposé(e) à une transfusion** en cas d'urgence vitale ? **OUI ☐ NON ☐**

Avez- vous des **PROBLEMES DENTAIRES** ? **OUI ☐ NON ☐**

☐ Prothèse dentaire amovible : en haut : partiel / complet en bas : partiel / complet

☐ Prothèse dentaire fixe : implant, dent sur pivot, bridge, couronne ☐ Dent fragile : cassée, réparée, mobile,…

Portez-vous des **PROTHESES auditives** ? **OUI ☐ NON ☐** **Lentilles de contact ? OUI ☐ NON ☐** **Piercings ? OUI ☐ NON ☐**

Score d'ANXIETE liée à l'intervention/anesthésie : Entre 0 et 5 : (0 pas du tout, 5 extrêmement)

- Etes-vous préoccupé(e) par l'anesthésie : ……./5
- Etes-vous préoccupé(e) par l'intervention : ……./5
- Pensez-vous continuellement à l'anesthésie : ……5
- Pensez-vous continuellement à l'intervention : ……./5
- Voulez-vous en savoir le plus possible sur l'anesthésie : ……./5
- Voulez-vous en savoir le plus possible sur l'intervention : ……./5

TOTAL : ……./30

Suivez-vous un **TRAITEMENT** (en cours ou récent) ? **OUI ☐ NON ☐** Précisez **nom et posologie**

-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Avez-vous des **REMARQUES ?** ……

Date : …… **Signature :**

FO-184-11

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

ELSAN
CLINIQUE BRETÉCHÉ

Informations médicales sur l'anesthésie

Ce document, élaboré par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) est destiné à vous informer sur les différentes techniques d'anesthésie et leurs risques éventuels.

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 toutes les questions que vous souhaitez sur votre anesthésie. Pour les questions relatives à l'acte médical ou chirurgical qui motive l'anesthésie, il appartient au seul 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 improprement appelée
« anesthésie locale ».

- **L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, dont la profondeur peut être adaptée, produit par l'injection de médicaments et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques.
- **L'anesthésie locorégionale** permet de n'endormir que la partie du 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. Il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit par un dispositif (cathéter) placé à proximité des nerfs concernés.
  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 à une anesthésie locorégionale, soit en raison de particularités anesthésiques recherchées, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.
- Certaines équipes peuvent, pour certains actes, proposer l'hypnose comme technique alternative. Elle est utilisée seule ou associée aux autres techniques d'anesthésie.

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent programmé, nécessite **une consultation spécifique** plusieurs jours à l'avance où pourront vous être prescrits des examens et bilans complémentaires.

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. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences, au cours du dialogue avec le médecin.
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. Vous rencontrerez à nouveau un médecin anesthésiste lors de votre hospitalisation (visite pré-anesthésique). Le médecin qui assurera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation ou en visite pré-anesthésique, mais il disposera de votre dossier médical. En cas de nécessité, il pourra être amené à modifier la technique prévue initialement et vous en informera sauf en cas d'urgence.

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 adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Ces vérifications techniques s'accompagnent de la vérification obligatoire de votre identité, de la nature et du côté de votre opération.
En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de réveil »). 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 ?

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier ; toutefois, une anesthésie, même conduite 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.
Les complications graves de l'anesthésie (cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses) sont devenues très rares.
En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.
Ces risques et inconvénients ne surviennent pas systématiquement. Ils sont aussi fonction de votre propre sensibilité, de votre état de santé, de la durée et du mode d'anesthésie.

Clinique Bretéché 3, rue de la Béraudière – BP 54613 – 44046 NANTES CEDEX 01 - Tél : 02 51 86 86 86 – Fax : 02 51 86 86 50
E-Mail : contact@clinique.breteche.fr – Site : https://www.elsan.care/fr/clinique-breteche
Etablissement du groupe ELSAN www.groupe-elsan.com
Clinique conventionnée sous le N° FINESS 440000412

Réseau des établissements nantais ELSAN

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Tous les symptômes cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à les signaler le plus rapidement possible :

- Il vous sera demandé **de respecter un jeûne** et d'arrêter le tabac avant l'anesthésie ; c'est une sécurité.
  Le jeûne permet d'éviter les accidents graves de passage de vomissement dans les poumons. Ces instructions sont donc impératives à respecter.
- 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.
- 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 réveil.
- Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.
- 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 temporaire d'un bras ou d'une jambe.
- Après une 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.
  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.
- •**Anesthésie périmédullaire** (rachianesthésie, anesthésie péridurale)
  - > L'anesthésie périmédullaire peut nécessiter :
    - de renouveler la ponction en cas de difficulté ;
    - la pose temporaire d'une sonde urinaire en cas de difficulté à uriner.
  - > 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 vision.
  - > Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles.
- **Autres anesthésies locorégionales**
  - > Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.
  - > 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.
  - > Comme pour les anesthésies générales, 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.
  - > L'anesthésie de l'œil peut entraîner des effets indésirables spécifiques, tels qu'une diplopie (le fait de voir double) ou, plus rarement, une plaie oculaire. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter.

Les complications graves mais rares liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes mais, selon les connaissances actuelles de la science, aucune technique ne paraît statistiquement plus risquée que l'autre.
Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.
Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut vous présenter les choix qui s'offrent à vous en fonction de votre cas individuel, toujours particulier.

6. QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel, sauf en cas de force majeur.

En quelques mots, 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. 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.

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

ELSAN CLINIQUE BRETÉCHÉ	**Formulaire d'autorisation de soins et de consentement à l'acte d'anesthésie → pour les mineurs et les majeurs protégés**	Référence : FO-329 Indice de révision : 04 Page 1 sur 2

1/ Chirurgie

Votre enfant va être pris en charge au sein de la Clinique BRETECHE par le Dr…….

Les médecins ont pu vous apporter l'ensemble des informations sur la prise en charge de votre enfant en fonction de sa pathologie. Vous avez pu poser les questions au Dr ……

En fonction de son état de santé ou de son âge, il peut lui être proposé une anesthésie générale ou une sédation. Dans ce cas, une consultation avec le médecin anesthésiste a lieu afin de vous informer spécifiquement de la prise en charge (cf. paragraphe 2/ ci-dessous).

Si votre enfant est en mesure d'exprimer sa volonté, le médecin recherchera, après l'avoir informé, son consentement oral préalablement à la réalisation de tout acte ou traitement.

Dans tous les cas où il n'y a pas d'urgence vitale**, la décision de tout soin ne saurait être prise sans votre accord formel**, et sans que les médecins vous aient expliqué les raisons de ces soins.
La législation en vigueur* exige l'autorisation des deux parents titulaires de l'autorité parentale *(ou du représentant légal)* pour certains actes médicaux (ex : chirurgie, actes d'anesthésie…).

Il peut arriver que l'état de l'enfant nécessite une intervention chirurgicale ou la mise en route d'un traitement pour lesquels un retard, même minime, peut être préjudiciable à l'évolution de sa situation médicale. Nous mettrons tout en œuvre pour vous informer dans les meilleurs délais.

**Articles L.1111-2 – L.1111-4 du Code de la Santé Publique*

2/ Anesthésie

Vous avez reçu et pris connaissance du document d'information relative à l'anesthésie de votre enfant (FO-249) remis par le chirurgien.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.
Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste réanimateur.

En cas de questionnement en lien avec l'acte d'anesthésie, vous aurez la possibilité d'en échanger directement avec l'anesthésiste lors de la consultation pré-opératoire.

Nous vous remercions de bien vouloir nous rapporter cette autorisation signée par les deux titulaires de l'autorité parentale :

- **Lors de la consultation anesthésique si elle est programmée**
- En l'absence de consultation anesthésique : le jour de l'hospitalisation de votre enfant, elle vous sera impérativement demandée à votre entrée par les professionnels du service.

Sans cela, **aucune intervention ne pourra avoir lieu** en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

DOCUMENT À REMETTRE AUX ADMISSIONS PAR LE PATIENT

À DÉTACHER SUIVANT LES POINTILLÉS

3/ Autorisation - Consentement

Je soussigné : *cocher la ou les mention(s) utile(s)*

☐ Co-parent 1 / Titulaire de l'autorité parentale :
(NOM et prénom) ……

☐ Co-parent 2 / Titulaire de l'autorité parentale :
(NOM et prénom) ……

☐ Responsable légal d'un majeur protégé :
(NOM et prénom) ……

Demeurant *(adresse(s)*) : ……
……

Donne mon (notre) plein consentement pour la réalisation du ou des actes de chirurgie / d'anesthésie nécessaires dans le cadre de la prise en charge de *(nom du mineur ou du majeur protégé)* …… lors de son hospitalisation prévue le …… à la clinique Bretéché.

Fait à ……, Le ……	**Signatures des deux titulaires de l'autorité parentale OU du représentant légal du majeur protégé :**

A remplir uniquement en cas d'absence de l'un des titulaires de l'autorité parentale :

Je soussigné : *(nom et prénom et qualité)* ……
Cocher la ou les mention(s) utile(s) :

☐ M'engage à faire signer ce document par le co-titulaire de l'autorité parentale qui n'a pu être présent lors de la consultation pré-anesthésique et à le restituer lors de l'hospitalisation ou à l'envoyer par mail au secrétariat anesthésique (mail : ……)

☐ Atteste sur l'honneur être le seul titulaire de l'autorité parentale *(exposer la ou les raison(s))* :
……
……

☐ Atteste sur l'honneur ne pas connaître ses coordonnées et n'avoir plus aucun contact me permettant de lui remettre le présent document.

☐ Déclare ne plus avoir ou vouloir de contact avec l'autre titulaire de l'autorité parentale dont je vous donne les coordonnées : *(nom, prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone (fixe ou portable)) :*
……
……

Je confirme être informé(e), qu'hors situations renseignées ci-dessus, qu'en l'absence de consentement du second titulaire de l'autorité parentale, **aucune anesthésie ou intervention ne pourra avoir lieu** en l'absence d'urgence vitale ou de mise en jeu de son état de santé à court ou moyen terme.

Signature :

La personne de confiance



La personne de confiance

Vous venez d'être admis à la clinique. Dès votre admission, **vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance ».**

Il s'agit d'une personne majeure, **suffisamment proche de vous pour connaître vos souhaits et à qui vous faites confiance** (un membre de votre famille, un ami, un voisin, un médecin traitant…) et qui accepte de jouer ce rôle.

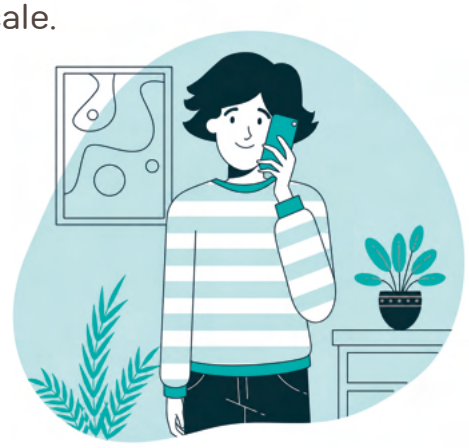
Elle peut vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Si vous êtes un jour hospitalisé sans être en capacité de vous exprimer, **votre personne de confiance sera votre porte-parole auprès de l'équipe médicale** et sera consultée en priorité. Elle pourra transmettre aux médecins vos directives anticipées si elles existent, et témoigner au mieux de votre volonté.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation sauf si vous en décidez autrement. Elle est **révocable à tout moment** par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Au dos de ce document, vous trouverez **un formulaire vous permettant de désigner votre personne de confiance. Il doit être cosigné par cette personne pour être valable.**

La personne à prévenir

Attention, l**a personne de confiance ne doit pas être confondue avec la personne à prévenir**. La personne à prévenir est contactée pour les problématique administrative uniquement et n'a aucune rôle à jouer concernant votre prise en charge médicale.



Les directives anticipées

Personne n´aime y penser mais nous sommes tous concernés : même une personne en bonne santé peut avoir un accident ou se retrouver hospitalisée sans être en capacité d'exprimer sa volonté.

Pour quoi faire ?

Les directives anticipées peuvent être rédigées par une personne majeure dans le cas où vous ne seriez pas en état d'exprimé votre volonté. **Ces directives expriment vos volontés en ce qui concernant les actes ou les traitements dont vous pourriez alors faire l'objet**. Vous pouvez y préciser dans quelles conditions vous souhaiteriez la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements ou même les refuser.

Les directives anticipées reflètent vos choix concernant votre fin de vie.

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave, ou en fin de vie, vous pouvez rédiger vos directives anticipées. Elles permettront à votre équipe médicale de connaître vos choix si un jour ne vous n'êtes pas en capacité de vous exprimer (accident, maladie brutale, maladie incurable, etc.)

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais **il est important d'y réfléchir**.

Le verso de ce document vous propose un modèle de directives anticipées et des suggestions qui pourraient vous guider mais vous pouvez les rédiger différemment.

L'utilisation de ce modèle n'est pas obligatoire. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace. **Vos directives anticipées sont révocables à tout moment** . Vous pouvez les conserver chez vous, les transmettre à votre médecin traitant où à votre personne de confiance, les déposer dans votre Espace Santé ou les remettre à l'équipe qui va vous prendre en charge.



LES CONSIGNES AVANT VOTRE INTERVENTION

LE JEUNE AVANT L'INTERVENTION

Jusqu'à 6 heures avant l'entrée : vous pouvez prendre un repas léger.

Jusqu'à 2 heures avant l'entrée : vous pouvez boire un liquide clair, sans bulles, sans alcool : eau, jus de fruit sans pulpe (pomme ou raisin) thé ou café sucré sans lait.

Juste avant l'intervention : vous pouvez mâcher un chewing-gum ou sucer un bonbon.

- Le jeûne ne concerne pas les médicaments. Suivez les recommandations de votre médecin anesthésiste.
- Ne fumez pas au moins 6 heures avant l'entrée (cigarette électronique comprise). L'enfant ne doit pas être exposé à la fumée de tabac les 24 heures précédant son opération.

VOS TRAITEMENTS MÉDICAUX

- Apportez à la clinique vos médicaments dans leur boîte d'origine, avec les ordonnances correspondantes.
- Informez les équipes médicales et paramédicales de vos traitements personnels surtout en cas de modification récente à l'entrée dans l'unité.
- Veillez à respecter les éventuelles prescriptions du chirurgien ou de l'anesthésiste.
- Anticipez les achats qui vous seront nécessaires après l'intervention, suivant les prescriptions reçues.

VOS AFFAIRES PERSONNELLES

- Merci d'apporter **un sac de dimensions 45x19x45** (type cabas courses) pour y déposer vos affaires personnelles le temps de votre intervention, ainsi que votre **nécessaire de toilette** : produits, accessoires, serviette de toilette ....
- Laissez tout objet de valeur (ex. : bijoux, tablette, ordinateur ...) au domicile ou confiez-les à votre accompagnant.

LES CONSIGNES D'HYGIÈNE

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Dans l' intérêt de tous, il est impératif de se conformer à des règles d'hygiène strictes.

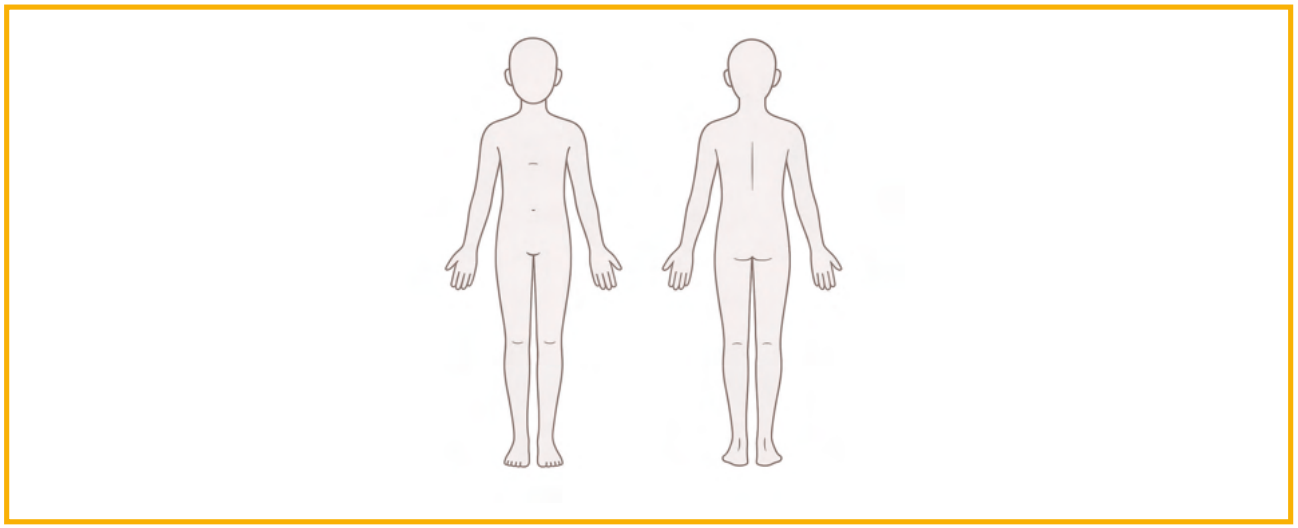
. Hygiène corporelle correcte : si vous portez des faux-ongles (résines, capsules...) merci de les faire tous retirer avant l'intervention.

. Hygiène bucco-dentaire : brossage des dents ou de l'appareil dentaire.

. Une douche la veille et le jour de votre intervention.

. Si votre intervention nécessite une dépilation, celle-ci devra être réalisée selon les consignes et à la demande du praticien (crème dépilatoire, tondeuse...). Ne jamais utiliser de rasoir à lames ou de rasoir jetable.

DÉPILER LA ZONE À OPÉRER COMME INDIQUER CI-DESSOUS :



NB : si utilisation de crème dépilatoire : 2/3 jours avant l'intervention, faire un essai sur une partie du corps loin de la zone opératoire

L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Elle participe à la prévention des infections post-opératoires.
Brossez-vous les dents, la veille et le jour de votre intervention et consultez votre dentiste au moindre problème.

LA DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE

Vous allez bénéficier d'un acte interventionnel ou chirurgical. La douche avant l'opération est importante et contribue à prévenir le risque du site opératoire.

À DOMICILE :

La douche pré-opératoire s'effectue la veille (corps + cheveux) et le jour (corps) même au plus près de l'intervention :

AVANT de prendre votre douche

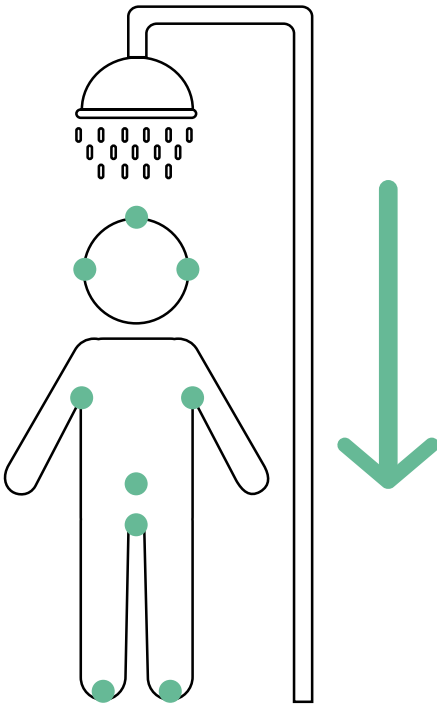
. Retirez vernis à ongles, bijoux et piercings, maquillage et lentilles de contact
. Coupez vos ongles (mains et pieds)

Quel savon utiliser ?

. Un savon doux liquide neuf ou le savon prescrit par votre chirurgien (ne pas utilser de pain de savon)
. Votre shampoing habituel

Pendant la douche

. Mouillez soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps
. Réalisez votre shampoing
. Lavez-vous tout le corps en faisant mousser en commençant pa le haut du corps jusqu'en bas
. Insistez sur les aisselles, sous la poitrine, le nombril, les organes génitaux, le pli inter-fessier et les pieds (entre les orteils)
. Rincez abondamment les cheveux et le corps
. **Recommencez chaques étapes une 2ème fois**
. Séchez vous minutieusement avec une serviette propre non utilisée
. Mettez des vêtements propres et adaptés à votre intervention



Rasage de la zone opératoire interdit

LE JOUR DE L'INTERVENTION

Venez sans bijou, ni piercing, sans maquillage et sans vernis à ongles.

A votre arrivée, un membre de l'équipe soignante pratiquera un contrôle visuel pour vérifier la propreté du site opératoire et l'absence de problèmes cutanés. Une mauvaise préparation peut retarder ou compromettre votre passage au bloc opératoire.

⇨ LES CONSIGNES DE SORTIE

Respectez les prescriptions et le traitement qui vous ont été communiqués.
Pendant les 12 heures suivant l'anesthésie, vous vous engagez à :

Sortir accompagné(e) et ne pas conduire.
Ne pas utiliser d'appareil potentiellement dangereux.
Ne pas prendre de décision importante.
Ne pas être seul(e) la première nuit suivant l'intervention, selon la consigne du praticien.
Ne pas prendre d'alcool.

NE PRENONS PAS DE RISQUE AU BLOC OPÉRATOIRE



NI BIJOUX NI PIERCING

Ils contiennent des microbes qui augmentent le risque d'**infection** et peuvent créer des **plaies**



NI VERNIS NI FAUX-ONGLES

Vernis et faux ongles augmentent le risque d'**infection** et peuvent **gêner le suivi de votre état de santé**





NI MAQUILLAGE

Le corps doit être bien **propre** pour limiter le **risque d'infection**



NI REPAS

Aliments et liquide pourraient **passer dans vos poumons** pendant l'intervention

POUR VOTRE SÉCURITÉ RESPECTER LES CONSIGNES

CONSIGNES NON RESPECTÉES
=
INTERVENTION ANNULÉE

Vos médicaments

A QUOI CORRESPOND LE TRAITEMENT PERSONNEL ?



Votre traitement personnel, c'est **l'ensemble des médicaments que vous prenez à votre domicile.**



QUEL TRAITEMENT ALLEZ-VOUS RECEVOIR PENDANT VOTRE HOSPITALISATION ?

Pendant votre hospitalisation, **votre traitement est fourni par la pharmacie de la clinique** (le coût est compris dans vos frais de séjour).

Il est possible que certains de vos médicaments habituels soient remplacés par des médicaments équivalents et que leur forme, couleur ou présentation ne soit pas la même que d'habitude. Rassurez vous, **leur efficacité est comparable**.

Exceptionnellement, vos médicaments personnels peuvent vous être donnés, si la pharmacie de la clinique n'en dispose pas.



Ne prenez pas d'autres médicaments que ceux prescrits et donnés par la clinique. Même avec de l'homéopathie et des médicaments à base de plantes, **il peut exister des interactions qui pourraient entrainer de graves complications.**

VOTRE ORDONNANCE DE SORTIE



A la fin de votre hospitalisation, votre médecin référent va vous remettre **une ordonnance de sortie, qui tiendra compte de votre état de santé.**

Cette prescription peut être différente de celle que vous aviez en arrivant. Il sera important de **présenter cette ordonnance à votre médecin traitant.**

VA-T-ON VOUS RESTITUER VOTRE TRAITEMENT PERSONNEL ?

Vos médicaments habituels vous seront restitués s'ils sont toujours présents sur l'ordonnance de sortie.

Avec votre accord, les médicaments qui ont été arrêtés pendant votre séjour sont détruits par la Clinique.

Si une partie de votre traitement est toujours à votre domicile, **vous pouvez l'apporter à votre pharmacien de ville** pour qu'il soit détruit, mais ne le jeter pas dans votre poubelle ménagère.



Vos médicaments

VOTRE TRAITEMENT PERSONNEL PENDANT VOTRE HOSPITALISATION



Il est essentiel de vous présenter auprès du service d'hospitalisation avec :

- Votre **traitement personnel complet dans leur boîte d'origine** (si vous l'avez à disposition)
- Votre**/vos dernière.s ordonnance.s.**

Signalez au médecin les médicaments pris en automédication (médicaments sans ordonnances, homéopathie, plantes, huiles essentiels, etc.)

Si votre hospitalisation n'est pas prévue, demandez à l'un de vos proches d'apporter vos ordonnances et votre traitement.

- L'équipe infirmière va récupérer votre traitement personnel. **Vos médicaments sont étiquetés à votre nom et rangés dans une armoire sécurisée**.
- **Le médecin réévaluera l'ensemble de votre traitement**. Les médicaments maintenus pendant l'hospitalisation seront prescrits par le médecin.





La pharmacie de la clinique fournit les médicaments dont vous avez besoin. Ils sont administrés par les professionnels selon les bonnes pratiques d'administration du médicament.

A la fin de votre séjour, **une ordonnance de sortie vous sera remise**.

- Les médicaments **poursuivis** vous seront redonnés ;
- Les médicaments **arrêtés ou périmés** seront détruits avec votre accord.





Si vous avez un doute, **parlez en à votre médecin traitant ou au médecin qui s'est occupé de vous** pendant votre séjour et qui vous a prescrit votre traitement de sortie.

N'hésitez pas également à vous renseigner auprès de votre pharmacien de ville.

Consultez, téléchargez et réglez votre facture en ligne.

(pour les factures à payer et acquittées)



1- Pour recevoir votre facture en ligne, nous vous invitons à communiquer vos coordonnées (email et numéro de téléphone portable) durant votre séjour.

Dans les jours qui suivent votre sortie, vous recevrez un email de l'expéditeur "Clinique Bretéché" <no-reply@elsan-monespacepatient.care> et/ou un SMS vous informant de la mise à disposition de votre facture sur votre espace patient.

2- Pour consulter et/ou télécharger votre facture acquittée ou à payer, vous avez deux possibilités :

Via l'email : Cliquez sur le bouton, accédez à BL.monEspace Patient et payez la facture, puis passez à l'étape 3 pour vous connecter.

Via le SMS : Cliquez sur le lien d'accès à votre espace patient et passez à l'étape 3 pour vous connecter.

Pour payer en ligne votre facture directement sans vous connecter, vous avez deux possibilités :

Via l'email : Cliquez sur le bouton "Payer la facture" et passez à l'étape 5.
Via le SMS : Cliquez sur le lien de paiement et passez à l'étape 5.

Pensez à vérifier dans votre boite mail les emails indésirables.

3- Connectez vous à votre espace client !

Il s'agit de votre 1ère connexion ?
Définissez un mot de passe au minimum 12 caractères dont 1 majuscule, 1 minuscule, 1 chiffre et 1 caractère spécial. Confirmez votre mot de passe. Saisissez votre date de naissance. Acceptez les conditions générales d'utilisation. Cochez la case de consentement au traitement des données personnelles par l'établissement. Cliquez sur "créer un compte".

Il ne s'agit pas de votre 1ère connexion ?
Saisissez votre adresse email, puis votre mot de passe, et votre date de naissance. Cliquez sur "se connecter".

4- Consultez et téléchargez votre facture acquittée ou à payer en cliquant sur la facture.
Pour procéder au paiement en ligne de votre facture, cliquez sur le bouton "payer".

5- Payez votre facture en ligne depuis votre ordinateur ou téléphone ; un nouvel onglet s'ouvre dans votre navigateur internet. Renseignez vos informations de carte bancaire sur la plateforme de paiement en ligne PAYTWEAK puis validez.

6- Recevez votre facture acquittée. Vous recevrez sous quelques jours une notification (email et/ou SMS) vous informant de la mise en ligne sur votre espace patient de votre facture acquittée que vous pourrez transmettre à votre mutuelle.

***

Pour un affichage optimal, privilégiez les navigateurs Chrome, Firefox, Safari ou Edge.

ICI, J'AI UN RÔLE ESSENTIEL DANS MES SOINS !

J'APPORTE

- Mes papiers d'identité
- Mes papiers d'Assurance Maladie et/ou de complémentaire santé
- Mes documents/résultats à l'attention de l'équipe de soins

J'OSE LE DIRE

En cas d'erreur ou de dysfonctionnement :

- Sur mon identité
- Sur les médicaments
- Sur l'hygiène des mains
- ...

JE CONTRIBUE

- En partageant des informations me concernant
- En posant des questions sur le déroulé de mes soins
- En m'associant aux décisions me concernant

J'ALERTE

- Sur mes allergies
- Sur mes antécédents
- Sur mes symptômes
- Sur les effets secondaires des médicaments
- Sur mes craintes de la douleur



En savoir plus ? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

QualiREL Santé

© QualiREL Santé - Tous droits réservés - 2019 • QualiREL Santé, association loi 1901 - siret : 75184222000012, NANTES • création et impression : SMRK www.hellosmrk.com - 11 boulevard François Blanchi, 44200 NANTES - Ne pas jeter sur la voie publique.

TÉMOIGNAGES ET RÉCLAMATIONS

COMMENT FAIRE ?



OBTENIR DES INFORMATIONS

Le patient (ou ses parents) à droit à l'information continue sur son état de santé et sur les conditions de sa prise en charge hospitalière.

VOS PREMIERS CONTACTS

Pour les questions relatives à la prise en charge, les interlocuteurs privilégiés sont le médecin référent et le cadre de santé du service. Pour toute rencontre avec un professionnel de santé, vous pouvez vous faire accompagner de la personne de votre choix.

Pour les questions relatives à la prise en charge sociale, vous pouvez vous rapprocher du service social de la clinique.

LE DOSSIER MÉDICAL

Les patients majeurs et les titulaires de l'autorité parentale des patients mineurs peuvent obtenir une **copie du dossier médical** auprès du Département d'information médicale (pour les dossiers d'hospitalisation) et du secrétariat du médecin (pour les consultations).

Un formulaire est disponible sur le site internet de la clinique et comprend toutes les informations utiles.

LE SERVICE QUALITÉ ET DROIT DES PATIENTS

Le Service qualité et droit des patients peut répondre à vos interrogations ou réclamations. Il est joignables aux coordonnées suivantes :

Clinique Bretéché
Service qualité et droit des patients
3, Rue de la Béraudière 44046 Nantes Cedex 1
bre.reclamation@elsan.care



CONTRIBUER À L'ÉVOLUTION DE LA CLINIQUE

Les témoignages des usagers et le recueil de leur satisfaction permettent à la clinique de s'améliorer continuellement.

L'EXPÉRIENCE PATIENT

Aux côtés des professionnels, des représentants des usagers ou des associations, **vous pouvez partager vos expériences** pour accompagner la clinique dans l'amélioration de la qualité d'accueil et de la prise en charge en écrivant à l'adresse : experiencepatient.breteche@elsan.care

LA COMMISSION DES USAGERS

La Commission des Usagers (CDU) veille au respect des droits des patients, à l'amélioration de la qualité de la vie dans la clinique et à celle de la prise en charge médicale. Vous pouvez saisir la CDU en contactant le service qualité et droit des patients ou en contactant les représentants des usagers.

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Les Représentants des Usagers (RU) sont des bénévoles qui portent la voix des patients auprès de la clinique. Ils sont joignable à l'adresse : bre.rucdu@elsan.care

- Jean-Pierre BLAIN
- Armelle GERARD
- Damien RIBEYROL
- Arnaud RUVOEN

ELSAN
CLINIQUE BRETÉCHÉ

Patient par ELSAN

E-Satis
De quoi parle-t-on ?



Un dispositif national de mesure en continu du vécu et du ressenti des patients sur la qualité des composantes de leur prise en charge MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation).

Un questionnaire identique à tous les établissements de santé et adapté au type de prise en charge établi par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Un dispositif simple, rapide, sécurisé et accessible

L'établissement recueille votre email* lors de votre préadmission et il sera déposé sur la plateforme nationale dédiée.

14 jours

2 semaines après votre retour à domicile, un email vous est envoyé avec un lien pour accéder au questionnaire.

Le lien est sécurisé et le questionnaire est anonyme.

En 10-15 minutes, vous donnez votre avis sur tous les aspects de votre séjour.

*Si vous ne souhaitez pas participer à cette enquête, merci d'informer l'équipe de l'accueil à votre arrivée.

Pour en savoir plus sur e-Satis ou consulter les résultats de la clinique.

La Haute Autorité de Santé (HAS) évalue la satisfaction des patients. Quinze jours après votre sortie, si vous entrez dans les critères de la HAS, vous recevrez un e-mail **« E-Satis »** avec un questionnaire pour recueillir votre avis sur tous les aspects de votre prise en charge (pour plus d'informations : www.has-sante.fr)

ACCÈS À LA CLINIQUE BRETÉCHÉ

Porte 1 - Bâtiment Platon
Accueil
Rue Henri Lasne

Porte 3 - Château
Réservé en interne
Rue de la Béraudière

Porte 5 - Bâtiment Calypso
Rue Amiral Ronarc'h

Porte 2 - Urgence maternité
Rue de la Béraudière

Porte 4 - Bâtiment Socrate
Rue Amiral Ronarc'h



Ligne C6 passant devant la clinique, arrêts Bretéché ou Lallié.
Ligne C1, arrêts Desaix ou Chanzy.

Ligne de tramway N°2 arrêt St-Mihiel à 5 min à pied.
Ligne tramway N°1, gare SNCF à 10 min à pied.

Station Bicloo n°66 Chanzy, face au 23 avenue Chanzy
Un parking vélos souterrain est à la disposition des patients et visiteurs.

En voiture, l'accès se fait par la rue Henri Lasne.
Un parking payant souterrain est à la disposition des patients et visiteurs.

VOS NOTES

C'EST LE JOUR J !

A FAIRE :



- [ ] **Douchez vous juste avant de venir à la clinique** *(page 22)*



- [ ] **Retirer maquillage, faux-ongles et vernis (mains et pieds)** *(page 22)*



- [ ] **Venir à la clinique sans bijoux quels qu'ils soient (piercing, bague, alliance, etc.)** *(page 22)*



- [ ] **Eviter de prendre de l'argent liquide ou des objets de valeurs dont vous n'aurez pas besoin** *(page 21)*



- [ ] **Dépiler la zone opérée sans rasoir selon les consignes du chirurgien** *(page 21)*



- [ ] **6 heures avant votre admission, ne manger plus et ne buvez plus (sauf de l'eau)** *(page 21)*



- [ ] **2 heures avant votre admission, ne buvez plus rien même de l'eau** *(page 21)*

A PRENDRE :



- [ ] **Les ordonnances de vos médicaments habituels** *(page 24)*



- [ ] **Vos médicaments habituels dans leur boite d'origine** *(page 24)*



- [ ] **Votre pièce d'identité, carte vitale et carte de mutuelle**



- [ ] **Un moyen de paiement**



- [ ] **Un sac cabas pour y mettre vos affaires pendant l'opération**



- [ ] **Un nécessaire de toilette avec une serviette**

CES CONSIGNES SONT ESSENTIELLES POUR VOTRE CONFORT MAIS SURTOUT VOTRE SÉCURITÉ !

ELSAN
CLINIQUE BRETÉCHÉ

Clinique Bretéché • Accueil : 02 51 86 86 86 • www.elsan.care/fr/clinique-breteche.fr • contact.breteche@elsan.care
3, rue de la Béraudiere BP 54613 • 44046 NANTES CEDEX 1