


AVEZ-VOUS DÉJÀ SEJOURNÉ 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 :	
Votre heure d'entrée :	
Votre date d'intervention :	

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de pré-admission

- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille)
- Carte mutuelle
- Consentement éclairé du Chirurgien et de l'Anesthésiste
- Moyens de paiement (ESP, CB)
- Attestation de sécurité sociale
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Pour les mineurs
 - Autorisation d'opérer signée par les 2 parents
 - Autorisation parentale d'hospitalisation signée par les 2 parents
 - Livret de famille et pièces d'identité des 2 parents
 - Si garde exclusive : jugement du tribunal
 - Consentement éclairé du Chirurgien et de l'Anesthésiste signé des deux parents
- Pour les majeurs protégés : copie du placement sous une mesure de protection judiciaire

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom de naissance :	Lieu de naissance :	
Né (e) le :	Téléphone	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Nom du médecin traitant :	Ville	
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone	Lien de parenté :
Mail patient/représentant légal :		
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel :		

RENSEIGNEMENTS ASSURÉ(E) SI DIFFÉRENT DU PATIENT

Lien de parenté par rapport à l'assuré(e) :	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) 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 :			
S'agit-il d'un accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiaire – 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		

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

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?

	CONFORT	BIEN ETRE	PRESTIGE
Chambre privative, calme et intime*	✓	✓	✓
Garantie de réservation	✓	✓	
TV (TNT) –(Bouquet Canal+ dans la chambre Prestige)	✓	✓	✓
Wifi	✓	✓	✓
Trousse bien être & chaussons hôteliers & une serviette		✓	✓
Petit déjeuner gourmand tous les matins		✓	✓
Déjeuner <u>ou</u> Diner » gourmet »		✓	
Déjeuner <u>et</u> Diner « gourmet »			✓
Coin Courtoisie (bouilloire thé/café à discrétion, + un peignoir et sèche-cheveux + un meuble réfrigéré)			✓
Pack nuit accompagnant (lit+linge de lit et de bain + petit déjeuner gourmand)			✓
Tarifs/jour	99 €	114 €	184 €
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1er au dernier jour du séjour, jour de sortie inclus. Tarifs au 1er janvier 2022 --

*sous réserve de disponibilité. ** sous réserve de contraintes médicales

Les tarifs s'entendent TTC.

☐ Je souhaite bénéficier de la garantie de réservation de la chambre particulière à 30 €/jour.

SERVICES À LA CARTE								
	Chambre double		Trousse Bien-être	Mise à disposition de linge	Petit déjeuner continental	Accompagnant		
	TV	Wifi				Pack nuitée (lit & PDJ normal)	Menu Gourmet	Menu à la carte
Tarifs	10 €/jour	5 €/jour	7€/unité	10€/unité	6€/unité	19€/unité	20€/unité	12 €/unité
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"/>

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

Forfait journalier	20€/jour
Participation forfaitaire : (pour tout acte égal ou supérieur à 120€). Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.	24€/séjour

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou de son 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.

Signature de la personne de confiance

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 de parenté (le cas échéant) :

Date et signature du patient :

Rédaction le :



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 de problème durant mon séjour :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté (le cas échéant) :

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

Ci-après, si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées vous trouverez deux modèles proposés par l'Haute Autorité de santé.

☐ 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



Jalmar 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.

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

A compléter UNIQUEMENT si vous souhaitez déclarer vos Directives Anticipées

Modèle A

- ⇒ Je suis atteint d'une maladie grave
- ⇒ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives **anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :
 - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
 - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
 - Une intervention chirurgicale :
 - Autre :
- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
 - Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
 - Dialyse rénale :
 - Alimentation et hydratation artificielles :
 - Autre :
- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :
.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le à

Signature

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Modèle B

- ⇒ Je pense être en bonne santé
- ⇒ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le à

Signature

**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

*rayer la mention inutile

