

**Veillez respecter toutes ces étapes indispensables
pour la programmation et la réussite de votre intervention.**

DÈS À PRÉSENT

- PRENEZ RENDEZ-VOUS sans attendre**
Avec l'anesthésiste, par téléphone au **04 72 44 87 22** ou sur **Doctolib.fr** en fonction des consignes de votre chirurgien. *Les délais de rendez-vous sont importants, ne tardez pas !*
En laboratoire, pour réaliser un bilan sanguin (si demandé)

- PRÉPAREZ VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF ET MÉDICAL POUR L'ENREGISTREMENT DE VOTRE HOSPITALISATION**
Complétez les documents ci-joints et préparez les copies demandées.
Contactez votre mutuelle pour demander une prise en charge hospitalière.
Envoyez les documents (devis et consentement) au secrétariat médical de votre chirurgien, si demandés.

AVANT VOTRE HOSPITALISATION

- SI VOUS AVEZ RENDEZ-VOUS AVEC L'ANESTHÉSISTE A LA CLINIQUE :**
Présentez-vous 30 MINUTES AVANT, à l'accueil principal de la clinique (entrée HOSPITALISATION au rez-de-chaussée) **pour déposer votre dossier d'hospitalisation.**
Apportez votre carte d'identité, votre carte vitale, les copies demandées et tous les documents complétés et signés.
Horaires du Bureau des préadmissions ouvert du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h à 18h.
- SI VOUS AVEZ UNE TÉLÉCONSULTATION (VISIO) AVEC L'ANESTHÉSISTE :**
ENVOYEZ PAR MAIL 15 JOURS AVANT votre hospitalisation, tous les documents de préadmission demandés (SAUF les documents d'anesthésie) à hospitalisation@cliniqueduparclyon.com
- SI VOTRE INTERVENTION NE NÉCESSITE PAS D'ANESTHÉSIE** (selon les indications du chirurgien) :
ENVOYEZ PAR MAIL 15 JOURS AVANT votre hospitalisation, tous les documents de préadmission demandés à hospitalisation@cliniqueduparclyon.com

48H AVANT VOTRE INTERVENTION

- RESPECTEZ LES CONSIGNES TRANSMISES** par la secrétaire de votre chirurgien (dépilation si demandée ...).
RÉALISEZ EN LABORATOIRE, UN TEST PCR (si demandé).
- Remettre le résultat aux infirmières le jour de l'entrée. **NE PAS ENVOYER AU SERVICE DES PRÉ-ADMISSIONS.**

LA VEILLE DE VOTRE HOSPITALISATION

- VOUS RENTREZ LE JOUR MÊME DE L'INTERVENTION**, vous recevrez un SMS la veille, dans l'après-midi, vous indiquant l'étage et l'heure de convocation.
Pour les interventions prévues le lundi, un SMS vous sera envoyé le vendredi après-midi.
- VOUS RENTREZ LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION**, veuillez vous conformer à l'horaire communiqué lors de la préadmission.

LE JOUR DE VOTRE HOSPITALISATION

- RESPECTEZ VOTRE HEURE DE CONVOCATION ET LES CONSIGNES DE JEÛNE QUI VOUS ONT ÉTÉ COMMUNIQUÉES.**
- RAPPORTEZ VOTRE DOSSIER D'HOSPITALISATION** avec votre carte de groupe sanguin, vos examens biologiques/ radiologiques et attelle (si demandés).

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À TRANSMETTRE AVEC CETTE FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉTÉE

<ul style="list-style-type: none"> • 1 copie de la carte d'identité/passeport ou titre de séjour • 1 copie de l'attestation de sécurité sociale • 1 copie de la carte de mutuelle recto/verso • 1 exemplaire de la prise en charge mutuelle • 1 copie de l'attestation d'accident du travail (le cas échéant) • 1 copie du justificatif de domicile <u>de moins de 3 mois</u> • 1 exemplaire de l'information pré-opératoire complété et signé • 1 exemplaire du devis du chirurgien signé • Fiche de préadmission : remise dans votre dossier par la secrétaire médicale • Fiche hôtelière complétée et signée 	<p>POUR LES ENFANTS MINEURS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 exemplaire de l'autorisation d'opérer signé OBLIGATOIREMENT par les 2 parents • 1 copie des pièces d'identité des 2 parents • 1 copie de la pièce d'identité de l'enfant • 1 copie du livret de famille (copies pages des 2 parents et de l'enfant hospitalisé)
--	--

SÉJOUR **AMBULATOIRE (1 journée)** **HOSPITALISATION**

Nom de votre chirurgien ou médecin :	
Votre date d'entrée :	

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT à compléter à l'aide de votre carte d'identité

Nom d'usage (ou marital) :		Prénom :	
Nom de naissance :		Né(e) le: / /	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :		Téléphone domicile :	
		Portable :	
Mail :			
Adresse :			
Code postal:		Ville :	
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice (si concerné) :			
Personne à prévenir :			
Nom :		Prénom :	
Téléphone :		Lien de parenté :	
Votre intervention est-elle liée à un ACCIDENT DE TRAVAIL ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de l'accident: / /			
Bénéficiez-vous de la complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE
à demander à votre mutuelle avant votre pré-admission

Contactez votre mutuelle pour connaître vos modalités de remboursement et **demandez une prise en charge**.
Informations à transmettre : **N°finess 69 00 23 239 - code DMT CHIRURGIE : 181 / DMT MÉDECINE 174**.
Prise en charge à renvoyer à mutuelle@cliniqueduparclyon.com - fax : 04 72 44 88 48

Je soussigné(e), , né(e) le

reconnais avoir reçu du chirurgien, de l'anesthésiste et de tout médecin consulté, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre au cas où je ne me ferais pas opérer.

Ils m'ont aussi expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je confirme avoir reçu les informations spécifiques aux modalités d'hospitalisation ou liées à ma prise en charge en ambulatoire.

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

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

Consentement patient lié à la pandémie de la COVID-19.

Je reconnais avoir reçu et compris les informations liées à la pandémie sur :

- Le caractère contagieux de la COVID-19 ;
- L'organisation mise en œuvre dans l'établissement pour limiter le risque de contagion ;
- Le caractère réversible (report, annulation temporaire) de la programmation opératoire en raison des impératifs sanitaires ;
- Je m'engage à respecter les préconisations préopératoires dans les 7 jours avant la chirurgie.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire en cas d'urgence vitale.

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit. Cette autorisation ne constitue pas une décharge de responsabilité.

Fait à le, **Signature**

TUTELLE

Pour les patients sous tutelle, veuillez faire compléter le document joint à votre tuteur et faire parvenir l'attestation de jugement (cf. Note d'information à l'attention du tuteur pour signature)

Nom et prénom du représentant légal :

Fait à le, **Signature**

Je soussigné(e), Né(e) le

Représentant légal de l'enfant :

Nom Prénom

Né(e) le

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

Je reconnais avoir reçu du chirurgien, de l'anesthésiste et de tout médecin consulté, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont mon enfant souffre au cas où il ne se ferait pas opérer. Ils m'ont aussi expliqué les risques auxquels mon enfant s'expose en se faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques. Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la pathologie dont mon enfant est affecté, mais également à des variations individuelles non toujours prévisibles.

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

Consentement patient lié à la pandémie de la COVID-19

Je reconnais avoir reçu et compris les informations liées à la pandémie sur :

- le caractère contagieux du coronavirus ;
- l'organisation mise en œuvre dans l'établissement pour limiter le risque de contagion ;
- le caractère réversible (report, annulation temporaire) de la programmation opératoire en raison des impératifs sanitaires ;
- Je m'engage à respecter les préconisations préopératoires dans les 7 jours avant la chirurgie de mon enfant.

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

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

Parent 1

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Adresse

Téléphone

Email

Fait à le,

Parent 2

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Adresse

Téléphone

Email

Fait à le,

Signature **OBLIGATOIRE**Signature **OBLIGATOIRE**

Forfait journalier - hors CSS.	20 €/jour
Participation forfaitaire - hors CSS.	24€ séjour
Séjour esthétique	
Prix de journée Esthétique ambulatoire	205 €
Prix de journée Esthétique hospitalisation	280 €
Frais de salle opératoire hors nomenclature Esthétique (par minute)	7.50 €
Mise à disposition du plateau technique, du matériel chirurgical et du personnel.	
Hospitalisation	
Chambre double	Sans supplément
Chambre SOLO	120 €/jour
Chambre privative avec coffre-fort.	
Chambre CONFORT	137 €/jour
Chambre privative avec les prestations suivantes : coffre-fort, ouverture ligne téléphonique, TV (TNT, Bouquet Canal+), Wifi illimité, trousse bien-être.	
Chambre PRIVILEGE	185 €/jour
Chambre privative avec garantie de réservation, coffre-fort, petit-déjeuner continental*, linge de toilette (changé à la demande) et peignoir à disposition, trousse bien-être, une paire de chaussons, ouverture de ligne téléphonique (appels émis en sus), TV (TNT & Bouquet Canal+), WIFI illimité, pack nuit tranquille, 2 magazines, presse quotidienne.	
Chambre PREMIUM	250 €/jour
Chambre privative et spacieuse avec garantie de réservation, coffre-fort, produits de soins, linge de toilette (changé à la demande) et peignoir à disposition, une paire de chaussons, ouverture ligne téléphonique (appels émis en sus), TV (TNT & Bouquet Canal+), WIFI illimité, pack nuit tranquille, 2 magazines, presse quotidienne, espace détente (mise à disposition d'une cafetière Nespresso et d'une bouilloire, dosettes et thé à discrétion, 2 boissons fraîches), petit déjeuner continental*, un menu Gourmet* servi durant le séjour et une offre de bienvenue.	
Ambulatoire	
Forfait ambulatoire	30 €
Wifi illimité, pause gourmande sucrée ou salée, trousse ambu' (Pour les enfants jusqu'à 10 ans : trousse Petit prince ou pochette d'activités coloriage).	
Chambre particulière enfant de moins de 10 ans	47 €
Espace privatif calme et intime avec forfait ambulatoire enfant inclus, TV (TNT & Bouquet Canal+).	
Chambre particulière	70 €
Espace privatif calme et intime avec forfait ambulatoire inclus, TV (TNT & Bouquet Canal+).	
Accompagnant	
Menu Gourmet	25 €
Formule Accompagnant d'un enfant de -10 ans Lit et petit déjeuner continental.	50 €/nuit
Formule enfant de -10 ans bénéficiaire de la CSS	17 €/nuit
Pack nuitée Lit, petit déjeuner continental et linge de toilette.	80 €/nuit
Pack demi-pension Lit, petit déjeuner continental, un repas, linge de toilette.	105 €/jour
Services supplémentaires à la carte	
Pack connecté : TV (TNT & Bouquet Canal+), Wifi et ouverture de ligne téléphonique.	20 €/jour
Télévision : TNT & Bouquet Canal+ .	10 €/jour
Wifi	7 €/jour
Ouverture de ligne téléphonique facturée au premier appel sortant.	6 €/séjour
Facturation des appels émis	0.15 €/min
Services conciergerie**	
Service voiturier prise en charge	8 €
Forfait horaire voiturier	2.70 €/heure
Forfait voiturier	30 €/jour
Services supplémentaires disponibles à la conciergerie : espace café, coiffeur, ongles, livraison de fleurs, soin du visage...	

*sous réserve des contraintes médicales **Frais à régler directement au service conciergerie de la Clinique du Parc Lyon
Les tarifs s'entendent TTC et sont applicables par jour du 1^{er} au dernier jour, jour de sortie inclus

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

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *	CHAMBRE PARTICULIÈRE ENFANT <10 ans*
Date d'entrée :/...../.....			
Espace privatif, calme et intime		✓	✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓	✓
Wifi illimité	✓	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) ***	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'*** (adulte) Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraichissantes, chausse-pied, crayon à papier	✓	✓	
Mon kit activités ou ma trousse Petit Prince (enfant)	✓	✓	✓
Tarifs/séjour	30€	70€	47€
Votre choix **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 1^{er} janvier 2023.

* sous réserve de disponibilité.

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

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

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait àLe

Signature du patient ou du représentant légal

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

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière ?	SOLO*	CONFORT*	PRIVILEGE	PREMIUM
Date d'entrée : / /				
Chambre privative, calme et intime avec coffre-fort	✓	✓	✓	✓
Garantie de réservation			✓	✓
Ouverture de ligne téléphonique & Wifi illimité		✓	✓	✓
TV (TNT & Bouquet CANAL+)		✓	✓	✓
Trousse Bien-être		✓	✓	
Une paire de chaussons par séjour			✓	✓
Pack nuit tranquille			✓	✓
Presse quotidienne et deux magazines (par séjour)			✓	✓
Petit déjeuner Continental quotidien **			✓	✓
Linge de toilette (drap de bain, serviette de toilette, tapis de bain, gant de toilette et peignoir à disposition)			✓	✓
Chambre spacieuse				✓
Un menu Gourmet servi durant le séjour **				✓
Espace détente : machine Nespresso bouilloire (dosettes et thé à discrétion) et deux boissons fraîches par séjour				✓
Offre de bienvenue				✓
Produits bien-être Clarins (femmes), Blaise Mautin (hommes)				✓
Tarifs / jour	120 €	137 €	185 €	250€
Votre choix	<input type="checkbox"/>	<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 2023.

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

	SERVICES À LA CARTE								
	CHAMBRE DOUBLE				ACCOMPAGNANT				
	TV	WIFI	Ouverture Ligne téléphonique	Pack connecté	Pack nuitée	Pack 1/2 pension	Menu Gourmet	Formule enfant -10 ans	Formule enfant -10ans /CSS
Tarifs	10€/jour	7€/jour	6€/séjour*	20€/jour	80€/nuit	105€/jour	25 €	50€/nuit	17€/nuit
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"/>	<input type="checkbox"/>

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

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

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

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

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

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à Le

Signature du patient ou de son représentant légal :

PATIENT

Je soussigné(e)

Nom d'usage (ou marital) :	Prénom :
Nom de naissance :	Né(e) le :

PERSONNE A PREVENIR (Personne à contacter en cas d'événement au cours du séjour)

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	
Lien avec le patient :	

PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance, qui est-ce ?

Toute personne majeure (ne faisant pas l'objet d'une tutelle) peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. La personne de confiance peut vous assister lors de vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos prises de décisions et sera consultée dans le cas où vous ne seriez en état d'exprimer votre volonté. Cette désignation se fait par écrit pour une durée laissée à l'appréciation du patient et est révoquée à tout moment par écrit. La personne de confiance doit avoir accepté cette désignation et être majeure. Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, et peut être modifiée à tout moment par écrit.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, mais je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance pour la durée de mon séjour.
- Je souhaite désigner une personne de confiance

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Lien avec le patient :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant Préciser :

Fait à :	Le :
Signature du patient	Signature de la personne de confiance informée de son rôle

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Les directives anticipées se présentent sous la forme d'un document écrit, daté et signé et sont modifiables et révoquées à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

Si oui, comment la clinique peut se les procurer ?

ANONYMAT – NON DIVULGATION DE PRÉSENCE

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

Souhaitez-vous ne pas divulguer votre présence et conserver votre anonymat lors du séjour ? OUI NON