

## IMPORTANT !

**Veuillez respecter toutes ces étapes pour la programmation de votre intervention.**

### DÈS A 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.  
*Ne tardez pas, les délais de rendez-vous sont importants !*
- PRÉPAREZ VOTRE DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION CI-JOINT:**
  - Complétez les documents et préparez les photocopies des pièces demandées.
  - Contactez votre mutuelle pour demander une prise en charge hospitalière.Prise en charge à envoyer par mail à [cly.accueil@elsan.care](mailto:cly.accueil@elsan.care) ou par fax au **04 72 44 88 48**, avant l'enregistrement de la pré-admission.
- Informations à transmettre à la mutuelle : N° FINESS 69 00 23 239 – code DMT CHIRURGIE 181 / MEDECINE 174*
  - Complétez le questionnaire médical d'anesthésie avant votre consultation d'anesthésie.

### AVANT VOTRE HOSPITALISATION

#### **ENREGISTREZ OBLIGATOIUREMENT VOTRE DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION AVANT VOTRE HOSPITALISATION.**

##### **SI VOUS AVEZ RENDEZ-VOUS AVEC L'ANESTHÉSISTE À LA CLINIQUE DU PARC LYON :**

- DÉPOSEZ VOTRE DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION** à l'accueil de la clinique, **30 MINUTES AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS** (entrée HOSPITALISATION au Rez-de chaussée).  
Apportez votre carte d'identité, votre carte vitale, les copies demandées et tous les documents complétés et signés.

*Horaires du Bureau des pré- admissions : 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 pré-admission demandés (SAUF les documents d'anesthésie) à [cly.hospitalisation@elsan.care](mailto:cly.hospitalisation@elsan.care)

##### **SI VOTRE INTERVENTION NE NÉCESSITE PAS D'ANESTHÉSIE (selon les indications du chirurgien) :**

- ENVOYEZ OBLIGATOIUREMENT PAR MAIL **15 JOURS AVANT**** votre hospitalisation, tous les documents de pré-admission demandés à [cly.hospitalisation@elsan.care](mailto:cly.hospitalisation@elsan.care)

### LA VEILLE DE VOTRE HOSPITALISATION

- VOUS RENTREZ LE JOUR MÊME DE L'INTERVENTION**, vous recevrez un SMS la veille, 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 pré-admission.

### 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).
- PRÉVOIR UN MOYEN DE PAIEMENT À LA SORTIE.**

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?  Oui  Non

**ENREGISTREZ VOTRE DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION AU MOINS 15 JOURS AVANT VOTRE HOSPITALISATION.**

## SEJOUR

Nom de votre praticien :		
Votre date d'entrée :	AMBULATOIRE <input type="checkbox"/>	HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>

**Préparez les copies des documents obligatoires, à joindre à cette fiche et transmettre au service des pré-admissions:**

- **Pièce d'identité**  
(carte nationale d'identité, passeport ou autre de séjour) en cours de validité
- **Attestation Sécurité sociale** à jour de droits
- **Feuille d'accident du travail** le cas échéant
- **Carte mutuelle recto verso** à jour de droits
- **Prise en charge mutuelle**
- **Justificatif de domicile**  
datant de moins de 3 mois
- **Devis du chirurgien** complété et signé
- **Fiche hôtelière** complétée et signée
- **Fiche de convocation** remise par la secrétaire du chirurgien

**Pour les patients MINEURS :**

- **Autorisation d'opérer** signée **OBLIGATOIREMENT** par les 2 parents
- **Livret de famille et pièces d'identité** des 2 parents et de l'enfant, en cours de validité

**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 Code postal :	Ville :
Né (e) le :	Téléphone domicile : Portable :	
Adresse :	Code postal :	Ville :
Personne à prévenir : Nom :	Téléphone :	Lien de parenté :
Nom et coordonnées du représentant légal éventuel / tutelle/ curatelle/ sauvegarde de justice (si concerné):		
Mail patient/représentant légal:	Médecin traitant :	

## RENSEIGNEMENTS ASSURE(E) SI DIFFERENT DU PATIENT

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Lien de parenté par rapport à l'assuré(e):

## ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT

N° de Sécurité Sociale :	Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie		
S'agit-il d'un accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident :		
Bénéficiez – vous de :			
Art. L.212-1 Code de pension militaire	<input type="checkbox"/> oui	100% (exonération du ticket modérateur)	<input type="checkbox"/> oui
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie	<input type="checkbox"/> oui	Régime local	<input type="checkbox"/> oui

## AUTORISATION D'OPÉRER POUR MINEUR

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.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimerait 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, .....

**Signature OBLIGATOIRE**

Parent 2

Nom de naissance .....

Nom d'usage.....

Prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Email .....

Fait à ..... le, .....

**Signature OBLIGATOIRE**



## 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 révocable 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 reconnaissais 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

## DIRECTIVE ANTEPRIÈES

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 révocables 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 ? .....

Si vous souhaitez rédiger des directives anticipées, un formulaire est disponible auprès du service qualité

## 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

# Services hôteliers

## AMBULATOIRE

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 reconnaît 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*
<b>Date d'entrée :</b> ...../...../.....			
Espace privatif, calme et intime		✓	✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓	✓
Wifi illimité	✓	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) *** 1 verrine de fromage blanc avec son coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et son petit pain /ou 1 brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café). Pour les ORL : 1 compote, 1 yaourt aromatisé à boire, 1 glace, 1 verre d'eau et 1 jus de pommes.	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'*** (adultes) Tube de solution hydro-alcoolique, mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingettes rafraîchissantes, chausse-pied, peigne, crayon à papier.	✓	✓	
Mon kit activités ou ma trousse Petit Prince (enfants )	✓	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	35 €	82 €	54€
<b>Votre choix **</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 15 Septembre 2025.

\* sous réserve de disponibilité.

\*\* A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet biscuits) \*\*\* 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 LIES A VOTRE HOSPITALISATION

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

<b>Participation forfaitaire :</b> (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 à .....Le .....

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 reconnaît 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 et meuble réfrigéré			✓	✓
Un menu Gourmet servi durant le séjour **			✓	
Un menu Gourmet servi par jour **				✓
Espace détente : machine Nespresso, bouilloire (dosettes et thé à discréption) et deux boissons fraîches par séjour				✓
Offre de bienvenue				✓
Produits bien-être Clarins (femmes), Blaise Mautin (hommes)***				✓
<b>Tarifs / jour</b>	120 €	140 €	180 €	230€
<b>Votre choix</b>	<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 12 Janvier 2026.

\*sous réserve de disponibilité. \*\* sous réserve de contraintes médicales. \*\*\* Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.

	SERVICES À LA CARTE								
	CHAMBRE DOUBLE				ACCOMPAGNANT				
	TV	WIFI	Ouverture Ligne téléphonique	Pack connecté	Pack nuitée	Pack demi-pension	Menu Gourmet	Formule enfant -10 ans	Formule enfant -10ans /CSS
<b>Tarifs</b>	10€/jour	7€/jour	6€/séjour*	20€/jour	83€/nuit	109€/jour	25 €	52€/nuit	18€/nuit
<b>Votre choix</b>	<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 LIES 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) :

Signature du patient ou de son représentant légal :

Fait à ..... Le .....

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 reconnaît avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU'*
<b>Date d'entrée :</b> ..... / ..... / .....		
Espace privatif, calme et intime		✓
TV (TNT et Bouquet Canal+)		✓
Wifi illimité	✓	✓
Pause gourmande (sucrée ou salée) *** 1 verrine de fromage blanc avec son coulis de fruits, 1 verrine de salade de fruits, 1 verrine de salade de pâtes et son petit pain /ou brioche avec un petit pot de confiture, 1 verre d'eau et 1 boisson chaude (thé ou café).	✓	✓
Mon pack Vision *** 1 <sup>er</sup> œil : une paire de lunettes protectrices (catégories 3UV400) 2 <sup>e</sup> œil : une boîte à lunettes & un kit entretien lunettes	✓	✓
<b>Tarifs/séjour</b>	25€	82€
<b>Votre choix **</b>		
1 <sup>er</sup> œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les tarifs s'entendent TTC. Tarifs au 15 septembre 2025.

\*\* A défaut de choix, une collation simple de réalimentation (boisson chaude, madeleine, sachet crackers) \*\*\* me sera servie 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.

<b>Participation forfaitaire :</b> (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.	<b>24€/séjour</b>
--	-------------------

Nombre de case(s) cochée(s) :

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ou du représentant légal