CLINIQUE AXIUM
Centre de Cardiologie Interventionnelle
G.C.S AXIUM - RAMBOT

21 avenue Alfred Capus
13100 Aix-en-Provence
standard 04 42 95 72 72 - Fax 04 42 95 72 60
www.cliniqueaxium.fr
contact.axium@almaviva-sante.com

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

☐ **Ambulatoire**
☐ **Hospitalisation complète**

PASSEPORT ADMISSION

Tous acteurs de votre santé

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de notre établissement.
Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.
Vous devrez lire et **compléter les différents documents composants ce passeport ;** ils vous renseigneront sur toutes les modalités à connaître ; également indispensables pour votre admission au sein de notre établissement.
Nous souhaitons que ce dossier contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins qui vous seront dispensées. Le parcours de soins vous sera proposé dès l'entrée en Clinique par l'équipe soignante, votre participation à la construction de ce dernier est très importante.
Un forfait hospitalier vous sera demandé selon la réglementation et les tarifs en vigueur lors de votre préadmission.

Prise de rendez-vous avec l'anesthésiste

Avant toute intervention et/ou un acte sous anesthésie, vous devez réaliser une consultation pré-anesthésique dès que possible et au minimum 48h avant l'intervention.
Lieu de consultation pour la chirurgie de la main : *42 Av de Lattre de Tassigny, rez-de-chaussée, étage 0*
Lieu pour les autres consultations : *Clinique Axium bâtiment 44 Av de Lattre de Tassigny, au 1er étage.*

Pour la prise de rendez-vous :

Main	*Endoscopie*	*Autres chirurgies*
Prise de rendez-vous avec le secrétariat du centre de la main	Doctolib : **www.doctolib.fr** 1/ Rentrez dans la barre « nom » l'intitulé suivant : Anesthésistes Axium - Endoscopie digestive et Cardiologie 2/ Cliquez sur prendre rendez-vous 3/ Choisissez le motif de consultation suivant : consultation d'anesthésie pour endoscopie, fibroscopie ou coloscopie 4/ Choisissez la date qui vous convient Par internet (accès à la page Doctolib) : https://www.doctolib.fr/cabinet-medical/aix-en-provence/cabinet-d-anesthesistes-clinique-axium 04 88 05 57 25 : du lundi au vendredi de 10h à 13h et le samedi de 10h à 12h	Doctolib : **www.doctolib.fr** **1/**clinique AXIUM comme établissement, **2/** anesthésie comme spécialité, **3/**choisissez la date qui vous convient, **4/** indiquer et confirmer vos coordonnées, **5/** renseigner l'intervention puis validez, vous recevrez un mail de confirmation. : 04 42 95 73 08 de 10h à 18h

Veuillez-vous présenter à votre consultation pré-anesthésique et préadmission/admission avec :

1. Ce passeport **renseigné et signé.**
2. Vos documents administratifs :
   - ☐ **Pièce d'identité** (Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour)
   - ☐ **Carte vitale**
   - ☐ Carte **mutuelle** ou une attestation CMU
   - ☐ Un **moyen de paiement** (chéquier, espèces, carte bancaire)
3. **Vos résultats d'examens** les plus récents demandés par l'anesthésiste : bilan sanguin, radiographie, échographie, IRM, scanner, bilan cardiologique.

Attention, tous les examens préopératoires demandés doivent être réalisés AVANT le jour de l'hospitalisation**.**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identité patient et tutelle (le cas échéant)

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Préadmission dans l'établissement → Rendez-vous avec **l'anesthésiste** → Jour J : bureau des **admissions** puis prise en charge par les équipes **soignantes et médicales**

NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL :

PRENOMS : DATE DE NAISSANCE :

Nous devons vérifier votre identité, merci **d'apporter votre titre d'identité** ; sans cette pièce justificative nous pourrons annuler l'intervention.

Cas de mesure de protection civile ou majeur protégé : IDENTITE DU TUTEUR

NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : Téléphone[1] :

Conformément à la règlementation, nous vous informons que le numéro de téléphone ne sera utilisé que dans le seul cadre du parcours patient.

☐ **Présentation de la décision de justice**

Afin de limiter les risques liés à votre identification lors de votre prise en charge nous souhaitons **scanner/photocopier votre titre d'identité** dans notre logiciel de dossier patient accessible à tous les professionnels de votre prise en charge, conservé 20 ans.	☐ **Je suis d'accord**	☐ **Je refuse**
Afin de permettre l'amélioration continue de nos prises en charge, autorisez-vous l'établissement à réaliser une enquête satisfaction via Merci Docteur et la HAS dans le cadre de l'enquête nationale E-Satis : **Adresse mail** : ……	☐ **Je suis d'accord**	☐ **Je refuse**

Docteur : ……

Intervention le : |_|_|_|_|_|_| Entrée à la clinique prévue le : |_|_|_|_|_|_|

Motif d'intervention : ……

Nom de votre médecin traitant : ……

Dans le cadre de votre parcours de soin nous collectons vos données personnelles afin de pouvoir coordonner votre prise en charge médicale, soignante et administratives avec les différents acteurs de santé ; dans le respect du code de santé publique et du code de sécurité sociale. Pour exercer vos droits en lien avec la protection de vos données personnelles vous pouvez vous adresser à dpo.groupe@almaviva-sante.com

[1] Pour information, pour se protéger des démarches téléphoniques abusifs, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr .

CONSENTEMENT ECLAIRE

Pour toute hospitalisation
Médecine – Chirurgie

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Ce document a pour but de recueillir votre accord pour la réalisation des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques vous concernant. Il ne constitue en aucun cas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.

Radiographie et rayons X : Dans le cadre de votre prise en charge, vous êtes susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants. En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes telles que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que le temps d'exposition aux rayons. Compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée, ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel.
Pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

Je soussigné(e) M…/Mme……, reconnais avoir reçu de manière simple, loyale et intelligible, de la part des professionnels médicaux, lors des consultations toutes les informations préalables concernant :

- ✓ Le **risque infectieux** éventuel lié à une hospitalisation.
- ✓ Le type d'hospitalisation (**complète ou ambulatoire**).

  Si concerné par un acte chirurgical, obstétrical, anesthésique :
- ✓ Les **bénéfices et les risques** de toute intervention chirurgicale, endoscopique, interventionnelle et les risques spécifiques de mon intervention ;
- ✓ Les bénéfices et les risques des différents modes d'anesthésie.

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

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

J'autorise l'équipe médicale et paramédicale à **pratiquer les actes diagnostiques ou thérapeutiques** qu'ils estimeraient nécessaires.	Oui ☐	Non ☐
J'autorise les médecins à faire pratiquer des **analyses sanguines**.	Oui ☐	Non ☐
si concerné(e)s J'accepte d'être **hospitalisé(e) en service ambulatoire** et rentrer le jour même chez moi accompagné(e)	Oui ☐	Non ☐

Fait le |_|_|_|_|_|_| à

Signature (patient ou tuteur) :

INFORMATION SUR L'ANESTHESIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques.

Nous vous demandons de le lire attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Vous pouvez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

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, etc.…) en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- **L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

- **L'anesthésie locorégionale** permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre 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. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

- La **rachianesthésie** et l'anesthésie **péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale**, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour **un acte non urgent**, **nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance**, et vous reverrez l'anesthésiste avant votre intervention.

Comme l'anesthésie, les consultations sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. **Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité (e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information**. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits.

Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

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 adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est **soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé.**

En fin d'intervention, vous serez conduit (e) dans une **salle de surveillance post interventionnelle** (salle de réveil) pour y être surveillé (e) de manière continue avant de regagner votre chambre. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post interventionnelle, vous serez pris (e) en charge par **un personnel infirmier spécialisé et qualifié**, **sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur**.

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'événements 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.

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.

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**.

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.

QUESTIONNAIRE SUR L'ANESTHESIE

Merci de le compléter avant votre consultation

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Poids : …… Kg Taille : …… cm

Avez-vous maigri récemment ? Si oui : …… kg en …… mois, volontairement ? Oui ☐ Non ☐

QUELS MEDICAMENTS PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT + DOSAGE? **Surlignez ceux non prescrits par votre médecin (automédication, laxatifs, phytothérapie, complément alimentaire etc…).**

……

……

……

……

Cochez ce qui vous semble correspondre à votre cas ou à ce que vous avez eu dans le passé.

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?

- À des médicaments en particulier ? Si oui, lesquels : ……
- Aux antibiotiques ? Si oui, lesquels ? ……
- À un produit de contraste de radiologie ? Si oui, lesquels :

Iode ☐ Latex ☐ Sparadrap ☐ Métaux ☐ Fruits à coque ☐ Pollens ☐ Graminées ☐ Poussière ☐ Abeille ☐ Autres : ……

Cela se présente comme : Réaction cutanée ☐ Réaction oculaire ☐ Choc anaphylactique ☐ Crise d'asthme ☐ Œdème de Quincke ☐ Rhinite ☐

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ? Non ☐ Si oui, lesquels :

Pour quelles interventions ? (**Précisez la date)**

……

……

……

……

Avez-vous présenté des problèmes et/ou complications ? Non ☐ Si oui, lesquels :

Hémorragie ☐ Nausée ☐ Vomissement ☐ Autres ☐

Avez-vous eu une anesthésie générale ? Oui ☐ Non ☐ L'avez-vous bien supportée ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu une anesthésie péridurale ? Oui ☐ Non ☐ L'avez-vous bien supportée ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu une anesthésie locale ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? Non ☐ Oui ☐ Année : ……

PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Hypertension artérielle	☐	☐	
Palpitations, troubles du rythme	☐	☐	
Angine de poitrine ou infarctus	☐	☐	
Pacemaker	☐	☐	
Souffle au cœur	☐	☐	

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Œdème pulmonaire	☐	☐	
Œdème membres inférieur	☐	☐	
Varices	☐	☐	
Phlébites ou Périphlébites	☐	☐	
Embolie pulmonaire	☐	☐	
Maladie des artères (ex : artérite)	☐	☐	

PROBLÈMES RESPIRATOIRES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Asthme (+ date dernière crise)	☐	☐	
Bronchite chronique	☐	☐	
Tuberculose (+date)	☐	☐	
Pleurésie ou Pneumonie	☐	☐	
Emphysème	☐	☐	
Pneumothorax	☐	☐	
Bronchoscopie	☐	☐	
Apnées du sommeil	☐	☐	
Avez-vous un appareil /une machine la nuit ?	☐	☐	
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	☐	☐	

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Convulsions ou Épilepsie	☐	☐	
Accident vasculaire cérébral	☐	☐	
Dépression	☐	☐	
Migraine	☐	☐	
Spasmophilie/tétanie	☐	☐	
Alzheimer	☐	☐	
Méningite	☐	☐	
Sciatique	☐	☐	
Parkinson	☐	☐	
Myasthénie	☐	☐	

PROBLÈMES OPHTALMOLOGIQUES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Glaucome, forte myopie, greffe ou autres	☐	☐	

PROBLÈMES DIGESTIFS	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Hernie hiatale ou œsophagite	☐	☐	
Gastrite ou ulcère d'estomac	☐	☐	
Hépatite, jaunisse ou cirrhose	☐	☐	
Calculs dans la vésicule	☐	☐	
Hémorragie digestive	☐	☐	
Maladie de Crohn ou rectocolite	☐	☐	

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

PROBLÈMES URINAIRES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Infections urinaires ou cystite	☐	☐	
Coliques néphrétiques	☐	☐	
Insuffisance rénale	☐	☐	
Pyélonéphrite	☐	☐	
Problème de prostate	☐	☐	

PROBLÈMES ENDOCRINO-MÉTABOLIQUES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Diabète (+ type et début de traitement)	☐	☐	
Hyper cholestérol, triglycérides	☐	☐	
Thyroïde : hypo ou hyper ?	☐	☐	
Avez-vous pris du poids, ou maigri ?	☐	☐	
Hyper uricémie, crise de goutte	☐	☐	

PROBLÈMES HÉMATOLOGIQUES	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Anémie	☐	☐	
Problèmes de rate ou ganglions	☐	☐	
Hormones de croissance	☐	☐	
Hémophilie ou maladie de Willebrand	☐	☐	

GYNECOLOGIE	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Risquez-vous d'être enceinte ?	☐	☐	
Mesdames, prenez-vous une contraception ?	☐	☐	
DIVERS	**OUI**	**NON**	**Spécifiez**
Portez-vous un appareil dentaire ?	☐	☐	☐ Fixe ☐ mobile ☐ pivots ☐ implants ☐ Inlay
Avez-vous des dents fragiles ?	☐	☐	
Portez-vous un appareil auditif ?	☐	☐	
Portez-vous des lentilles de contact ?	☐	☐	
Fumez-vous ?	☐	☐	Combien par jour :
Cannabis, cocaïne, héroïne ?	☐	☐	
Prenez-vous des somnifères ?	☐	☐	
Avez-vous eu une radiothérapie ?	☐	☐	Rayons :
Avez-vous eu une chimiothérapie ?	☐	☐	
Avez-vous eu des chutes récemment	☐	☐	

DANS VOTRE FAMILLE : un de vos proches a-t-il été soigné pour :

☐ Diabète ☐ Infarctus ☐ Embolie pulmonaire ☐ Asthme ☐ Phlébite ☐ Allergie ☐ Porphyrie ☐ Hémophilie
☐ Creutzfeld-Jacob ☐ Maladie musculaire ☐ Maladie neurologique

Une autre maladie grave : ……

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Remarques ou autres problèmes ou inquiétudes particulières

……
……
……
……

Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à Aix en Provence, le…… Signature :

ACCORD POUR ANESTHÉSIE

Au cours de la consultation d'anesthésie du ……/……. /…… avec le Docteur :

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.
- J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.
- J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.
- J'estime avoir été suffisamment informé(e) du risque transfusionnel.
- J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur. OUI ☐ NON ☐

Nom : ……

Fait à …… Le ……**Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :**

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

INFORMATIONS RELATIVES A LA TRANSFUSION AU COURS DE L'HOSPITALISATION

A quoi sert une transfusion ?

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.

Les globules rouges :

- Ils transportent de l'oxygène vers les tissus.
- Leur transfusion est notamment nécessaire en cas d'anémie importante.

Le plasma :

- Il permet la coagulation du sang.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes :

- Elles sont indispensables à la formation d'un caillot.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs :

- Ils contribuent à la défense contre l'infection.
- Leur transfusion est nécessaire lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, vous devez être informé sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que sur les examens à réaliser avant et après celle-ci. Le médecin qui prescrira cette transfusion vous en informera.

Consentement

Si vous devez être transfusé lors de votre séjour, **nous vous remettrons un document d'information et un formulaire de consentement** concernant la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin.

Cas particulier

Lors d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez anesthésié.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de transfusion pensez à l'indiquer dans vos **directives anticipées** (droit du patient) et le signaler à votre équipe soignante.

Les risques de la transfusion

Des réactions peuvent survenir pendant et après la transfusion. *Exemple : urticaire, frissons, fièvre sans cause infectieuse*.

Les autres risques sont liés aux groupes sanguins et donc limités par nos mesures barrières :

- Votre identité est vérifiée tout au long de votre prise en charge,
- Votre groupe sanguin est vérifié à l'admission et avant toute transfusion,
- Nous réalisons différents examens sérologiques sanguins avant la transfusion programmée.

INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE DE MEDICAMENTS AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables :

- Lorsque sa concentration est trop importante dans votre organisme
- Lorsque vous réagissez anormalement en sa présence
- En cas d'erreur d'utilisation d'un médicament

C'est pourquoi il est important de respecter les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante et de ne pas modifier vous-même votre traitement, ni de prendre un autre médicament sans demander leur avis.

L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite notamment pour éviter tout risque de surdosage.

Les signes les plus fréquemment observés d'effets indésirables sont :

- Une somnolence
- Une fatigue inhabituelle
- Des vertiges ou même une chute
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- Des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- Des saignements.

A votre arrivée, votre traitement personnel médicamenteux sera mis en sécurité par le personnel soignant conformément au protocole de l'établissement. Il vous sera restitué à la sortie avec votre nouvelle ordonnance.

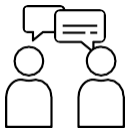
Afin de diminuer le risque d'effets indésirables :

- Vous devez emporter avec vous vos ordonnances (généraliste et spécialiste) !

- Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (les collyres, les pommades, les compléments alimentaires…)
- Vous ne devez pas prendre de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus en ville sans ordonnance

- Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante (les quantités prescrites, les heures de prise…)

Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.



Vous pouvez demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante

Les médicaments les plus à risque sont :

- Les anticoagulants oraux
- Les médicaments du diabète
- Les médicaments des affections cardiaques et vasculaires
- Tous les anti-inflammatoires, même ceux utilisés contre la douleur
- Les tranquillisants et les somnifères

DESIGNATION DE VOTRE PERSONNE A PREVENIR & PERSONNE DE CONFIANCE

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

La personne à prévenir : Tout patient **doit** désigner une ou des personnes à prévenir au cours de sa prise en charge.

Rôles et missions :

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en **cas d'événement(s) particulier(s)** au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif. *Exemples : Transfert vers un autre établissement de santé, sortie de l'établissement etc.*

NOM :	PRENOM :
NUMERO DE TELEPHONE :	LIEN AVEC LE PATIENT :

La personne de confiance : Tout patient **peut** désigner une personne de confiance au cours de sa prise en charge.

Quel est son rôle ?

Accompagnement et présence aux entretiens médicaux ; aide à la prise de décision ; relai entre le patient et les soignants.

Elle sera consultée dans le cas où le patient serait hors état d'exprimer sa volonté ou de recevoir des informations.

Qui est-elle ?

- Un proche
- Un parent
- Votre médecin traitant

Quand la désigner ?

À tout moment sur votre Espace Numérique en Santé ou **auprès de votre équipe soignante**

Pas de limitation de durée.

Révocable à tout moment.

Je souhaite désigner une personne de confiance : ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) :
Nom d'usage, nom de naissance, prénoms **:**

Date et lieu de naissance :

Nomme la personne de confiance suivante

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

Email : Lien avec le patient :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées : Oui ❒ Non ❒

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui ❒ Non ❒

Fait le |_|_|_|_|_|_| A

Signature du patient : Signature de la personne de confiance :

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit pour vous, d'exprimer par écrit vos volontés sur les décisions médicales à prendre si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements ou actes médicaux.

1. Comment ça marche ?

Est-ce obligatoire de les rédiger ?

Non, toute personne majeure **peut** rédiger des directives anticipées.

Quand les écrire ?

Quand vous le souhaitez. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de durée de temps.

Où et comment les rédiger ?

Vous pouvez les rédiger à partir des formulaires que notre établissement vous propose ou sur un papier libre.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?

A qui demander des conseils ?

- Votre médecin
- Personne de confiance, proche, famille
- Associations de patients
- Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir

Pensez à communiquer l'existence de vos directives anticipées

A qui les communiquer ?

- Médecin
- Personne de confiance
- Proches, famille

3. Et après, où les conserver ?

Voici nos conseils :

1 exemplaire pour vous

+

1 exemplaire dans votre dossier médical

+

1 exemplaire chez votre personne de confiance / votre famille/ un proche

Validité des directives anticipées :

Le document doit être :

- Ecrit
- Daté
- Signé

Aujourd'hui, je décide ce que je souhaite pour demain

VOUS AVEZ LE DROIT DE CHOISIR !

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Les directives anticipées permettent au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre. Cette déclaration écrite indique vos volontés si vous étiez dans une situation où vous ne pouvez plus vous exprimer ou d'une altération de votre état lors de votre séjour.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses directives anticipées. Les directives peuvent être révisées et révoquées à tout moment. Si elle bénéficie d'un régime de protection légale (tutelle ou curatelle), elle doit demander l'autorisation du juge ou, le cas échéant, du conseil de famille.

Cadre règlementaire :

- *Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*
- *Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.*

Mes directives :

Je soussigné(e) (Nom et prénoms) :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

Ai déjà rédigé mes directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Mes directives anticipées sont connues de :			
☐ Médecin	☐ Personne de confiance	☐ Famille	☐ Proche
Veuillez indiquer ses coordonnées : Nom, prénom : Téléphone : Adresse :			

☐ Mes directives anticipées sont enregistrées dans mon Espace Santé (ENS) sur mon Dossier Médical Partagé (DMP).

Si non, et que je souhaite rédiger mes directives anticipées : demander notre formulaire guidé (réanimation cardiaque, assistance respiratoire, transfusion, alimentation artificielle, hydratation artificielle…) ; ou faite-nous part de vos volontés :

……

……

……

……

Fait le ____/____/____ A Signature

CONSENTEMENT ECLAIRE
à la prise en charge du mineur

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

Lorsque le patient est mineur, compte tenu de son incapacité juridique, des règles spécifiques s'appliquent.

- **La décision** d'un soin, d'un traitement ou de toute intervention chirurgicale **appartient aux 2 titulaires de l'autorité** parentale. **La séparation des parents** est sans incidence sur les règles relatives l'exercice de l'autorité parentale (article 373-2 du code civil).
- **Pour la préadmission, il est** nécessaire d'avoir le livret de famille (ou autre document juridique) et la pièce d'identité **des 2** titulaires de l'autorité parentale

- **Pour l'admission**, il est nécessaire d'avoir le carnet de santé du mineur et le justificatif que le parent accompagnant est le parent avec l'autorisation parentale (ex : livret de famille ou autre document juridique).

Si 1 seul des parents exerce l'autorité parentale. Vous devrez apporter les éléments justificatifs suivants :

- ✓ La décision de justice accordant expressément au parent l'autorité parentale, ou
- ✓ Le livret de famille *(ex : en cas de décès de l'un des parents)*

En cas d'absence des documents justificatifs l'intervention pourra être refusée.

Le mineur doit être informé des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de ses facultés de compréhension. De même, son consentement aux soins doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Autorité parentale 1	Autorité parentale 2
Nom : Prénom : Date de naissance : Numéro de téléphone : Adresse :	Nom : Prénom : Date de naissance : Numéro de téléphone : Adresse :

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de :

Nom du mineur : ……Prénom du mineur :……

Date de naissance du mineur :

Donne son accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont le mineur devra bénéficier au cours de son hospitalisation :	Donne son accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont le mineur devra bénéficier au cours de son hospitalisation :
Oui □ / Non □	**Oui □ / Non □**
Faite le : Signature :	Fait le : Signature :

Almaviva santé
CLINIQUE AXIUM

Centre de Cardiologie Interventionnelle
G.C.S AXIUM - RAMBOT

INFORMATIONS UTILES

A DETACHER ET A CONSERVER PAR LE PATIENT

CLINIQUE AXIUM

Centre de Cardiologie Interventionnelle
G.C.S AXIUM - RAMBOT

Afin que votre séjour se passe au mieux, nous vous donnons des consignes à respecter.

CONSIGNES PRE OPERATOIRES

6 heures avant l'intervention, ne pas fumer, ne pas vapoter (sauf consignes exceptionnelles de l'anesthésiste
Appliquer les consignes de jeun explicitées par l'anesthésiste.
Retirer le vernis, (ni de vernis semi permanent, gel), maquillage, bijoux, piercing
À retirer : les appareils dentaires amovibles, lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives
Rasage strictement interdit. Avant votre intervention, vous devez réaliser une dépilation de la zone à opérer. Pour ce faire, seule l'utilisation d'une tondeuse électrique ainsi que la dépilation à la cire ou crème dépilatoire (si elle est effectuée 24 à 48 heures avant l'intervention) est autorisée. Attention aux réactions allergiques si vous utilisez la cire pour la première fois (réaliser un test).
Apporter vos ordonnances de vos traitements en cours

DOUCHE PRE OPERATOIRE

Prendre une douche la veille de l'intervention et une seconde le matin au savon doux ou antiseptique selon les recommandations de votre chirurgien.
Laver le corps et les cheveux.
Se sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres.

En cas de chirurgie ambulatoire, sachez que :

Votre départ ne se fera qu'après accord de vos médecins. Une hospitalisation ne peut jamais être totalement exclue.

Vous devez être **accompagné** pour rentrer, ne pas conduire, ne pas boire d'alcool, ne pas rester seul chez vous, ne pas prendre de décision, tout ça pendant **24 heures** après.

Prévoyez une personne à votre domicile qui restera auprès de vous durant la nuit qui suit l'intervention.

Pour le patient mineur :
La personne accompagnante ne peut pas être celle qui conduit.
Pour le patient mineur admis en ambulatoire, la présence d'un parent est obligatoire le jour de l'intervention : dès son entrée dans la clinique jusqu'à sa sortie.

Informations patient

La commission des usagers

Les représentants des usagers

- Mesdames **BON** et **SIGUIER** – Représentantes des usagers titulaires (UFC Que Choisir)
- Mesdames **CHEVALLIER** et **KRAEMER** - Représentantes des usagers suppléante (UFC Que Choisir)

Les missions

- Être le porte-parole de tous les usagers et s'engager pour la santé de tous
- Aider les usagers à faire entendre leur voix
- Promouvoir et défendre les droits des personnes, et jouer un rôle de médiateur auprès des professionnels de santé

Composition de la Commission Des Usagers

- Président de la CDU: Direction
- Représentantes des Usagers
- Médiateurs Médicaux
- Médiatrices Paramédicales
- Responsable Qualité

Contact

UFC que choisir aix en provence
Adresse : 4 place Coïmbra Le Félibrige Bât B, 13090 AIX-EN-PROVENCE
Mail : usagers.axium@almaviva-sante.com

Les enquêtes de satisfaction

Enquête nationale:

- E-satis est une évaluation, à distance, détaillée qui nécessite de recueillir **votre adresse mail** pour pouvoir vous interroger, suite à votre hospitalisation, sur votre accueil, votre prise en charge, l'hôtellerie, l'organisation de votre sortie et votre niveau de satisfaction globale. Un mail vous sera adressé 15 jours après votre sortie, merci d'y répondre en cliquant sur le lien que la Haute Autorité de Santé vous enverra. Cette enquête est destinée aux patients hospitalisés en MCO et en ambulatoire.

Enquête Interne

- **Questionnaire de sortie :** VOTRE avis est une mine d'information très importante pour NOUS. Répondre aux questionnaires de sortie nous permet de consolider nos points forts et de mettre en place des actions d'améliorations afin de répondre au maximum à vos besoins. Concrètement cela permettra au service dans lequel vous êtes pris en charge d'avoir votre retour d'expérience sur leurs pratiques professionnelles et humaines.

- **Merci Docteur :** Votre satisfaction est notre priorité absolue ! Merci Docteur est un outil qui vous permet de vous exprimer sur votre prise en charge. Dès votre admission, nous recueillons votre adresse mail ; avec votre consentement, nous vous envoyons un mail vous invitant à nous faire un retour de votre prise en charge. Vous pouvez donner un avis simple en cliquant sur les étoiles (de 1 à 5) selon votre niveau de satisfaction. Merci Docteur est destiné aux patients de la clinique Axium.

Ces enquêtes sont essentielles et complémentaires. Elles nous permettent de s'améliorer constamment et de s'adapter à vos besoins.

ENR.DIP.035.V3-07 2024
Informations patient

Droits des patients

Directives anticipées

Il s'agit pour vous, d'exprimer par écrit vos volontés sur les décisions médicales à prendre si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements ou actes médicaux.

1.Comment ça marche ?

- *Est-ce obligatoire de les rédiger ?*

Non, toute personne majeure **peut** rédiger des directives anticipées.

- *Quand les écrire ?*

Quand vous le souhaitez. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de durée de temps.

- *Où et comment les rédiger ?*

Vous pouvez les rédiger à partir des formulaires que notre établissement vous propose ou sur un papier libre.

2.Avec qui parler de vos directives anticipées ?

- *A qui demander des conseils ?*
  - Votre médecin
  - Personne de confiance, proche, famille
  - Associations de patients
  - Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir
- *A qui les communiquer ?*
  - Médecin
  - Personne de confiance
  - Proches, famille

Pensez à communiquer l'existence de vos directives anticipées

3.Et après, où les conserver

1 exemplaire pour vous

+

1 exemplaire dans votre dossier médical

+

1 exemplaire chez votre personne de confiance / votre famille/ un proche

Validité des directives anticipées :
Le document doit être :
- *Ecrit*
- *Daté*
- *Signé*

Personne de confiance

Tout patient **peut** désigner une personne de confiance au cours de sa prise en charge.

Quel est son rôle ?
Accompagnement et présence aux entretiens médicaux ; aide à la prise de décision ; relai entre le patient et les soignants.
Elle sera consultée dans le cas où le patient serait hors état d'exprimer sa volonté ou de recevoir des informations.

Qui est-elle
- un proche
- un parent
- votre médecin traitant

Quand la désigner ?
À tout moment sur votre Espace Numérique en Santé ou auprès de votre équipe soignante
Pas de limitation de durée.
Révocable à tout moment.

Gestion des plaintes et réclamations

Vos plaintes et/ou réclamations sont toutes prises en compte. Les plaintes font l'objet d'une enquête interne. Une fois que tous les éléments de réponses sont rassemblés, une réponse est transmise au patient avec toutes les informations nécessaires.

Pour les réclamations, merci d'écrire à l'adresse suivante :
usagers.axium@almaviva-sante.com

Personnes à prévenir

Tout patient **doit** désigner une ou des personnes à prévenir au cours de sa prise en charge.
La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en **cas d'événement(s) particulier(s)**

Modalité de signalement d'un Evènement Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)

Vous avez la possibilité de déclarer tout Evènement Indésirable Grave Associés aux Soins (EIGS) vous concernant. Mais qu'est-ce qu'un EIGS ?

« Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention, est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. »
Les déclarations d'EIGS se font sur le portail dédié :
https://signalement.social-sante.gouv.fr

Demande de dossier médicaux

Vous pouvez demander l'accès à votre dossier médical. Pour cela, il faut envoyer un courrier à la Direction de l'établissement. Après vérification de votre identité et du respect des dispositions légales, la Direction mettra à votre disposition votre dossier médical.
- Le délai de réponse d'une demande de dossier médical de **moins de 5 ans** est de 8 jours.
- Le délai de réponse est 2 mois pour tout dossier remontant de **plus de 5 ans.**