

ETIQUETTE PATIENT

[Cadre réservé à la Clinique]

NUMERO DE PRE-ADMISSION :

Nom de Naissance : _____

Nom d'Usage : _____

Prénom : _____

Sexe : M F Né (e) le : _____ Age : _____

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Adresse : _____

Téléphone : _____

N° Sécurité sociale : _____

Accident de travail : non _____

Nom du Médecin Traitant : Dr _____

Nom du Chirurgien : Dr _____

Type d'intervention prévue : _____

COTE A OPERER : G D N.A

Intervention | _____ à _____ h _____

PASSEPORT AMBULATOIRE ENFANT

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre enfant va prochainement être hospitalisé(e) à l'Hôpital Privé Cannes Oxford.

Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Vous devez lire et compléter les différents documents composants ce livret ; ils sont indispensables pour son admission dans notre établissement.

Il est essentiel de ramener ce livret complété et signé lors de son admission.

Il ne sera pas admis au bloc opératoire sans ce passeport.

Les pages à signer sont en bleu.



HÔPITAL PRIVÉ
CANNES - OXFORD

AVANT SON HOSPITALISATION VOUS DEVREZ :

Après la consultation d'anesthésie, et avant de rentrer chez vous, vous devez :

- Signer les consentements pour la chirurgie, l'anesthésie, la procédure ambulatoire, l'autorisation d'opérer du patient est mineur et finir les formalités administratives

Avant votre hospitalisation vous devez :

- Respecter les consignes d'hygiène et le jeûne pré opératoire
- Revenir avec le passeport ambulatoire
- Prévoir vos conditions de retour à domicile

A DOMICILE, ORGANISEZ-VOUS

Respectez scrupuleusement les consignes données par le médecin et par l'anesthésiste au cours de la consultation (hygiène, absence de maquillage, jeûne, arrêt du tabac, médicaments ...), faute de quoi, l'intervention pourrait être annulée.

N'hésitez pas à les questionner.

Le bilan pré-opératoire :

En fonction des antécédents médicaux, le médecin anesthésiste pourra prescrire des examens complémentaires (bilan sanguin, consultation cardiologique...). Le résultat de ces examens sera demandé afin de constituer le dossier médical de votre enfant, vous devez donc venir avec ces résultats le jour de l'intervention.

Préparez dès à présent votre retour

Organisez dès maintenant une solution de transport pour le retour de votre enfant. En cas d'anesthésie lors de l'hospitalisation, vous devez vous engager à respecter les obligations suivantes :

- Vous devez rentrer **directement** à votre domicile et y rester au calme
- Le retour à domicile doit s'effectuer **en présence d'un parent** ou du tuteur. Si l'enfant a moins de 10 ans, **la présence de 2 personnes** est obligatoire, dont un parent ou le tuteur (l'une conduira la voiture, l'autre veillera sur l'enfant pendant le trajet).

Si vous ne pouvez pas suivre ces indications, il est impératif de le signaler au chirurgien et/ou à l'anesthésiste car cela peut être une contre-indication à l'hospitalisation en ambulatoire. Votre enfant devra alors peut-être passer la nuit sur la Clinique.

LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION : JEUNE ET REGLES D'HYGIENE POUR VOTRE SECURITE

Votre enfant doit être à jeun 6 heures avant l'intervention

C'est-à-dire: ne rien boire, ni manger (même pas un chewing-gum), ni fumer, durant les 6 heures qui précèdent l'intervention. Suivez la préparation ordonnée par votre chirurgien et les prescriptions de l'anesthésiste.

La veille au soir **et** le lendemain, avant de partir de chez vous, **votre enfant doit prendre une douche**, si possible avec un savon désinfectant, type « bétadine », selon la prescription médicale. Procéder à une dépilation si nécessaire (suivez les recommandations de votre passeport ambulatoire : épilation ou tonte, le rasage est interdit).

LE MATIN DE L'INTERVENTION

Veuillez appliquer attentivement les consignes données dans le dossier de pré-admission :

Prendre une douche avec le reste du flacon utilisé la veille. Cette procédure est indispensable pour diminuer les risques d'infection.

Brosser soigneusement les dents

Ne mettre ni maquillage, ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles, ni bijoux, ni prothèses (dentier, lunettes, verres de contact).

La réalisation de la préparation cutanée pré-opératoire est une mesure nécessaire destinée à réduire le risque infectieux même si le risque 0 n'existe pas.

LA DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE AU SAVON ANTISEPTIQUE

**Savon antiseptique de type Bétadine® prescrit par votre chirurgien*

Que l'intervention soit prévue le matin ou l'après-midi, nous vous demandons que votre enfant prenne **deux douches** à domicile :

- une 1^{ère} douche, à votre domicile, la veille de l'intervention,
- une 2^{ème} douche, à votre domicile, le matin de l'intervention.

LA DEPILATION

INTERDICTION ABSOLUE D'UTILISER UN RASOIR MECANIQUE A LAME METALLIQUE (TYPE BIC).

Vous ne devez en aucun cas raser le site opératoire. Si le site opératoire est rasé l'intervention sera reportée.

Seule la dépilation à la cire est autorisée si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention.

Attention aux réactions allergiques si vous utilisez la cire pour la première fois (réaliser un test)

Dans le cas où vous ne pouvez prendre en charge la dépilation, elle sera réalisée par l'équipe soignante avec une tondeuse.

Pour les personnes ayant l'habitude de se servir d'un rasoir dans un but esthétique, ne plus l'utiliser 8 JOURS avant l'intervention (les microlésions représentent un risque infectieux majeur lors du geste chirurgical).

COMMENT PROCEDER A VOTRE DOUCHE PRÉ OPERATOIRE ?

1. Mouiller soigneusement l'ensemble du corps, les cheveux compris

A noter : les cheveux seront lavés uniquement lors de la 1^{ère} douche

La bétadine^R est un savon liquide qui ne colore ni la peau ni les cheveux.

2. Respecter les étapes suivantes :

- Frotter la tête et les cheveux avec le savon antiseptique prescrit, ne pas rincer,
- Savonner le corps et les bras en insistant sur les aisselles et le nombril, ne pas rincer,
- Continuer le savonnage de la région génitale et des jambes en insistant sur le pli inter fessier et les orteils,
- Rincer abondamment du haut de la tête au bas du corps,
- Renouveler ce savonnage une seconde fois en respectant les mêmes étapes,
- Rincer à nouveau abondamment.

3. Sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres

Après la 1^{ère} douche, la veille de l'intervention, vous devez coucher votre enfant dans une literie propre.

Procéder de la même façon pour la 2^{ème} douche.

Nous vous demandons que votre enfant entre en clinique :

- Avec des ongles des mains et des pieds coupés, brossés et sans vernis à ongles même incolore – pas de faux ongles.
- Sans bijoux, Sans piercings, Sans maquillage.
- Avec les dents brossées et avec les cheveux propres et attachés.

DOCUMENTS A APPORTER LE JOUR DE VOTRE ADMISSION

Le jour de votre admission vous devez impérativement venir avec les documents suivants :

- Carte Nationale d'Identité + copie **recto verso** à fournir pour le dossier,
- Carte Vitale (si vous êtes ressortissant de l'Union européenne: votre Carte Européenne d'Assurance, Maladie ou le formulaire E111 ou E112),
- Prise en Charge de votre Mutuelle, Carte de Mutuelle + copie à fournir pour le dossier,
- Un moyen de paiement – carte bleue ou chèque,
- **Le présent passeport ambulatoire dûment complété et signé.**

VOTRE ARRIVEE SUR L'ETABLISSEMENT

Présentez-vous aux Admissions de la clinique à l'heure donnée de convocation fixée par votre chirurgien.

L'accueil du niveau A est ouvert :

- Du lundi au vendredi : de 7h00 à 19h00,
- Samedi de 9h30 à 18h30,
- Le dimanche : de 13h30 à 18h30
- Jours fériés : 9h30 à 18h30

REGLEMENTS

Vous devrez effectuer le règlement du séjour par carte bancaire ou par chèque.

Dans ce cas, il vous faudra préparer :

- un chèque à l'ordre de votre anesthésiste, correspondant aux dépassements d'honoraires non couverts par la Sécurité Sociale, convenus avec ce dernier ;
- un chèque à l'ordre de votre praticien, correspondant aux dépassements d'honoraires non couverts par la Sécurité Sociale, convenus avec ce dernier.

"Nous vous informons que suite à la promulgation de la loi "HAMON" du 17 mars 2014, l'absence de paiement intégral dans le délai prévu entraînera de plein droit la facturation d'une clause pénale à hauteur de 15 % de la somme impayée, avec un minimum de 20 euros".

Pour les patients assurés sociaux :

Une demande d'acompte de 500 Euros (par chèque à l'ordre de SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD) vous sera obligatoirement demandé pour couvrir les frais hospitaliers qui restent légalement à votre charge (ticket modérateur et forfait journalier) et les frais supplémentaires éventuels.

Vous devez prendre contact avec votre Mutuelle en lui demandant de vous adresser une prise en charge pour :

- FORFAIT PARTICIPATION ASSURE 24 € TICKET MODERATEUR
(correspondant en général à 20% des frais médicaux)

En lui communiquant les informations suivantes :

N° FINESS : 060021417 - Discipline : Chirurgie - DMT : 137 - Fax Admissions : 04 93 06 79 99

Cette prise en charge vous dispensera de faire l'avance des frais.

Vous devrez justifier de la prise en charge de votre Mutuelle à 100% (voir chapitre relatif à la pré-admission)

A défaut de prise en charge mutuelle vous devrez fournir :

- **Un chèque à l'ordre de SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD) de 24€, correspondant à la participation de l'assuré ;**
- **une copie de votre carte de Mutuelle ou un dépôt de garantie de 200 € (par Carte Bleue, espèces ou chèque à l'ordre de SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD)).**

Pour les patients étrangers ou non assurés sociaux :

A défaut de présenter une garantie de prise en charge par votre Assurance Privée ou Mutuelle, **VOUS AUREZ A REGLER LA TOTALITE DE VOTRE SEJOUR.**

Dans tous les cas, une demande d'acompte de **2000€** (par chèque à l'ordre de la **SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD)** par Carte Bleue ou en espèces), vous sera demandée, destinée à couvrir les frais probables de l'hospitalisation.

Pour plus d'informations sur le règlement, merci de contacter :

Tél. Admissions : 04.93.06.80.00 – 04.93.06.80.98

Fax Admissions : 04.93.06.79.99

Tél. secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89

Pour une intervention de chirurgie esthétique :

Vous aurez à régler un forfait de chirurgie esthétique à la Clinique.

Honoraires chirurgicaux :

Les médecins appartenant au Secteur II définissent leurs honoraires puisqu'il s'agit d'un secteur

LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

APRES LES FORMALITES ADMINISTRATIVES, VOUS SEREZ DIRIGES VERS LE SERVICE D'HOSPITALISATION

L'équipe soignante vous dirigera vers le box ou plus probablement la chambre et vous donnera toutes les informations nécessaires à la prise en charge de votre enfant et à la préparation pour son entrée au bloc opératoire

Le jour de l'intervention, il est nécessaire que :

- Vous soyez en possession des résultats des examens demandés. N'oubliez pas vos radios, scanners et bilans biologiques,
- La présence du père, de la mère ou du tuteur légal est indispensable lors de l'entrée et de la sortie d'un enfant.
- **L'autorisation d'opérer** doit être obligatoirement remplie, signée **par les deux parents** et présentée, ainsi qu'une **pièce d'identité et le livret de famille** ou la décision du juge
- La présence continue d'un adulte est demandée pour l'hospitalisation d'un patient mineur.
- N'oubliez pas doudou, biberons et tétines s'ils y sont attachés afin de créer un climat de confiance. Une infirmière le prendra en charge tout au long de son parcours.

VOUS SEREZ ASSOCIE A TOUTES LES ETAPES DE SA PRISE EN CHARGE

Au moment du départ au bloc opératoire :

- L'équipe paramédicale habillera son doudou
- Vous serez associé aux étapes de vérification des consignes pré opératoire (jeune, douches...)

Puis vous accompagnerez votre enfant jusqu'au sas du bloc opératoire :

- Vous serez à nouveau associé aux vérifications d'identité
- Votre enfant sera amené, en fonction de son poids, aux bras de l'anesthésiste ou de l'infirmière, jusqu'en salle d'intervention

Vous pourrez alors attendre le retour de votre enfant en salle d'attente. Lorsque votre enfant sera revenu du bloc opératoire vous pourrez rester avec lui en box jusqu'à l'arrivée du praticien (1 seul accompagnant dans le box).

Les services ambulatoires sont équipés de jouets pour les enfants.

OBJETS PERSONNELS ET RECOMMANDATIONS

Retirer tous les bijoux ou piercings. Pas de maquillage, crème de soin ou vernis à ongles, pieds compris.

Prévoir un étuis pour lunettes, appareils auditifs/dentaires.

Nous vous recommandons également de ne pas apporter de valeurs.

APRES L'INTERVENTION

L'équipe médico-soignante se réserve le droit, selon l'état de santé de votre enfant ou son heure de sortie du bloc opératoire, de le garder hospitalisé.

L'heure de sortie est décidée par l'anesthésiste et/ou le chirurgien qui s'est occupé de lui. Le praticien vous remettra les prescriptions nécessaires à son retour à domicile et vous expliquera les modalités de suivi post-opératoire, en collaboration avec son médecin traitant.

Sauf prolongation imprévue de son séjour, toutes les formalités administratives ayant été faites au moment de son admission, vous n'êtes pas obligé de repasser par le bureau des admissions/sorties. Votre dépôt de garantie vous sera adressé par courrier avec votre facture acquittée.

PRECAUTIONS A PRENDRE JUSQU'AU LENDEMAIN

Votre enfant ne doit :

- Prendre qu'un repas léger sans boisson alcoolisée pendant les 24h suivant l'opération.
- Pas utiliser d'appareil potentiellement dangereux.
- Pas prendre de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous ne vous en rendiez compte.
- Pas prendre d'alcool ou autres drogues.
- Prendre que les médicaments prescrits sur l'ordonnance rédigée par son chirurgien ou anesthésiste.

Vous devez rester avec lui la 1^{ière} nuit.

APPEL DU LENDEMAIN

Un appel du lendemain par le service ambulatoire est réalisé, nous permettant d'assurer la continuité de sa prise en charge.

EN CAS DE PROBLEME

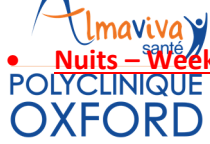
En dehors des heures d'ouverture du service de Chirurgie Ambulatoire, veuillez contacter la clinique aux numéros qui figurent sur le bulletin de sortie et qui vous sont rappelés ci-dessous

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS CONDUIRE A NOUS CONTACTER IMMEDIATEMENT

- | | |
|---|-------------------|
| - Une douleur excessive non calmée par les antalgiques prescrits | - Des saignements |
| - Une absence d'élimination dans les 8 heures suivant la sortie de la Clinique. | - Des œdèmes |
| | - Des nausées |
| | - Des vertiges |

En ce cas contactez-nous en téléphonant dans le service où vous avez été opéré :

- In semaine de 7h30 à 18h : Niveau 0 : 04.93.06.80.10 - Niveau 1 : 04.92.98.40.27 – Niveau 2 : 04.93.06.80.12
- Nuits – Week-end – Fériés : 04.93.06.80.15





En vertu de l'arrêt du 25 février 1997 rendu par la Cour de Cassation, arrêt qui fait jurisprudence

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien des informations loyales, claires et appropriées, concernant:

- **La maladie** dont je souffre et son évolution spontanée si je ne me faisais pas opérer ; J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.
- **Les explorations complémentaires** nécessaires en vue de mon intervention, y compris la possibilité d'un dépistage du virus H.I.V., hépatite B et C ;
- **Les modalités** de l'acte chirurgical ;
- **Les précautions préalables**
- **Le rapport bénéfices / risques opératoires** et les alternatives thérapeutiques.
- **Le risque infectieux** présent lors de toute hospitalisation et qui plus est lors de toute intervention chirurgicale. Cette infection peut survenir dans les jours, semaines, voire mois qui suivent l'intervention. Une identification des germes en cause est nécessaire pour prescrire un traitement antibiotique adapté. Dans certains cas, une ou plusieurs interventions supplémentaires sont nécessaires. Un handicap peut en découler.

D'un commun accord, nous avons convenu :

- d'un **déla** minimum entre la consultation et l'intervention et dans cet intervalle,
- je reconnais que vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un **évènement imprévu** nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

Je reconnais que dans ces conditions, vous pouvez être amené à effectuer tout acte que vous estimerez nécessaire et pratiquer dans mon intérêt **une méthode opératoire différente** de celle proposée en consultation. Je comprends que si l'intervention doit se dérouler en chirurgie vidéo assistée (coelioscopie, arthroscopie, thoracoscopie, cystoscopie, etc...) ou mini-invasive (vaginale, urétrale, technique endovasculaires, etc...), vous pouvez être amené à pratiquer **une chirurgie ouverte dans certains cas**.

De la même façon je suis conscient qu'il existe un risque exceptionnel d'une lésion d'un organe du voisinage (nerveux, osseux, digestif, urinaire, ou vasculaire), voire même des risques inconnus.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte **un pourcentage de complications**

et risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e) mais également à des variations individuelles, pas toujours prévisibles. Je reconnais à ce titre avoir été informé(e) que le **tabac**, l'**alcool**, une **maladie de système**, des **pratiques diététiques** individuelles ou le **non-respect des consignes post-opératoires** peuvent affecter gravement ma cicatrisation ou être à l'origine de complications.

Je soussigné (e)..... déclare avoir reçu une information que je considère comme loyale, claire, compréhensible et appropriée me permettant de donner mon consentement éclairé à l'intervention.....

En outre je reconnais qu'une information spécifique à mon intervention m'a été donnée et qu'il m'est possible à tout moment avant celle-ci de la compléter auprès de mon chirurgien.

Date :

Signature de l'enfant si possible :

Signature du parent 1

Signature du parent 2

Dans le cas d'un enfant, signature des deux parents ou du tuteur.



RECONNAISSANCE D'INFORMATIONS Données et Reçues et d'un CONSENTEMENT ACCORDE

A signer en bas de page



Je, soussigné(e), (NOM de naissance, Prénom):

Né(e) le :

Reconnait avoir reçu du docteur (NOM, Prénom) :

Toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant :

- La nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté(e) en l'absence d'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Le type d'intervention proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.
- La nécessité d'une préparation cutanéomuqueuse afin de prévenir au mieux la survenue d'infections nosocomiales.
- Le montant des honoraires préalablement à l'intervention.

Atteste qu'il a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Atteste m'engager à réaliser la préparation prescrite.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, l'opérateur peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé.

Date :

Signature de l'enfant si possible :
Précédé de la mention « lu et approuvé »



Signature du parent 1 :
Précédé de la mention « lu et approuvé »

Signature du parent 2
Précédé de la mention « lu et approuvé »

Soins par les stagiaires

La Clinique OXFORD est un établissement agréé pour l'accueil de stagiaires, vous serez donc amené lors de votre parcours de soins, à être pris en charge ou suivi partiellement par des étudiants qui sont sous la responsabilité d'un maître de stage et d'un tuteur dans tous les services . Tous les actes pratiqués par ces stagiaires sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmiers.

RAPPELS DE SECURITE ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN ACTE AMBULATOIRE

A signer en bas de page 

Votre entrée à la Clinique est prévue le à _____ heures pour subir un acte sans hospitalisation sous anesthésie générale ou loco régionale.

Il est important de lire attentivement ces recommandations et de demander toute explication complémentaire que vous souhaiteriez obtenir.

AVANT L'ANESTHESIE

Prévenez toute modification de votre état de santé en appelant l'un des numéros suivants : 04.93.06.80.89 ou 04.92.98.42.94 (consultation de pré anesthésie).

LE JOUR DE L'ANESTHESIE

- En ce qui concerne le jeûne et votre traitement habituel, vous devez scrupuleusement respecter les consignes qui vous ont été données par votre anesthésiste.
- N'utilisez ni maquillage, ni vernis à ongles, ni faux ongles, de manière à ne pas gêner la surveillance durant l'anesthésie. Evitez les verres de contact.
- N'apportez ni bijoux, ni objets de valeur

APRES L'ANESTHESIE

- Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue
- Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e). Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie.
- Pendant les 24h suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareils potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante, car votre vigilance peut-être abaissée sans que vous vous en rendiez compte.
- Vous pourrez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS CONDUIRE A NOUS CONTACTER IMMEDIATEMENT

- | | |
|---|-------------------|
| - Une douleur excessive non calmée par les antalgiques prescrits | - Des saignements |
| - Une absence d'élimination dans les 8 heures suivant la sortie de la Clinique. | - Des œdèmes |
| | - Des nausées |
| | - Des vertiges |

En ce cas contactez-nous en téléphonant dans le service où vous avez été opéré :

En semaine de 7h30 à 18h : Niveau 0 : 04.93.06.80.10 - Niveau 1 : 04.92.98.40.27

Niveau 2 : 04.93.06.80.12

Nuits – Week-end – Fériés : 04.93.06.80.15

Le lendemain de votre intervention, une infirmière vous contactera pour faire le point sur votre situation. Après avoir pris connaissance de ces diverses recommandations, nous vous prions de bien vouloir signer cette feuille pour manifester votre accord avec la procédure proposée.

Pour les mineurs, la signature des deux parents est indispensable.

Signature de l'enfant si possible :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

AUTORISATION D'OPERER D'UN PATIENT MINEUR

A signer **PAR LES DEUX PARENTS** en bas de page

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant désigné ci-dessous :



Identité du mineur	
Nom : _____ Prénom : _____	
Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur
Nom: _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Téléphone portable : _____	Téléphone portable : _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville : _____	Ville : _____



Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de l'Hôpital Privé Cannes Oxford à l'opérer de et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention. Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. **Dans le cas contraire, il est impératif de fournir une copie de la décision lors de votre admission.**

Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).

Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax ou voie postale. Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement, au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.

Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A _____, le <input style="width: 100%;" type="text"/>	A _____, le <input style="width: 100%;" type="text"/>
Signature	Signature
	

Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent. Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.

AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR A UNE TIERCE PERSONNE

A signer en bas de page



Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant désigné ci-dessous :

Identité du mineur	
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A _____, le <input style="width: 150px;" type="text"/> Signature	A _____, le <input style="width: 150px;" type="text"/> Signature

Nous autorisons le cadre de l'unité de soins de l'Hôpital Privé Cannes Oxford, où est pris en charge le patient, à remettre le mineur cité ci-dessus à :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

.....

Téléphone :