

ETIQUETTE PATIENT

[Cadre réservé à la Clinique]

**Nom de Naissance :** \_\_\_\_\_

Nom d'Usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Né (e) le : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Poids habituel : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Mutuelle :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Accident de travail :  non  oui Date : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom du Médecin Traitant : Dr \_\_\_\_\_

Nom du Chirurgien : Dr \_\_\_\_\_

Type d'intervention prévue : \_\_\_\_\_

**COTE A OPÉRER :**  G  D  N.C

Intervention prévue le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 h 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Souhaitez-vous que votre présence ne soit pas divulguée ?  Oui  Non

Vous bénéficiez de mesures de protections ?  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

Titulaire de l'autorité : \_\_\_\_\_

## PASSEPORT CHIRURGIE ESTHETIQUE

**Madame, Mademoiselle, Monsieur,**

Vous allez 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 votre admission et le bon déroulement de votre séjour au sein de notre établissement.

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

**Les pages bleues doivent obligatoirement être toutes signées.**

**Vous ne serez pas admis au bloc opératoire sans ce passeport complété et signé.**

## **AVANT VOTRE HOSPITALISATION VOUS DEVREZ :**

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

Signer vos consentements pour la chirurgie, l'anesthésie, et finir les formalités administratives

***Avant votre hospitalisation vous devez :***

Réaliser les examens complémentaires éventuels

Respecter les consignes d'hygiène et le jeûne pré opératoire

Préparer vos affaires de toilette, linge de toilette, affaires personnelles (hors biens de valeur)

Revenir avec le passeport complété

Prévoir vos conditions de retour à domicile, notamment en ambulatoire

## À DOMICILE, ORGANISEZ-VOUS

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

N'hésitez pas à les questionner.

### Le bilan pré-opératoire :

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

## POUR LES PATIENTS EN AMBULATOIRE : ORGANISEZ DES MAINTENANT UNE SOLUTION DE TRANSPORT POUR VOTRE RETOUR !

En cas d'anesthésie lors de votre hospitalisation, vous devez vous engager à respecter les obligations suivantes :

- Vous devez rentrer directement à votre domicile et y rester au calme, en présence d'un adulte responsable,
- Prévoyez d'être accompagné(e) pour rejoindre votre domicile. Cette personne (majeure, valide et responsable) viendra vous chercher dans le service et devra signer l'autorisation de sortie.
- Vous ne devez pas conduire un véhicule pendant les 24 heures qui suivent l'intervention.

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. Vous devrez alors peut-être passer la nuit sur la Clinique.

## LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION : JEÛNE ET RÈGLES D'HYGIÈNE POUR VOTRE SÉCURITÉ

### Soyez 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, **prenez 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 chirurgical : épilation ou tonte, le rasage est interdit).

## LE MATIN DE L'INTERVENTION

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

**Prenez une douche avec le reste du flacon utilisé la veille (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)**. Cette procédure est indispensable pour diminuer les risques d'infection.

**Brossez-vous soigneusement les dents**

**Ne mettez ni maquillage, ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles (sauf avis contraire de votre anesthésiste), ni bijoux, ni 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 votre intervention soit prévue le matin ou l'après-midi, nous vous demandons de prendre **deux douches** à votre domicile :

- une 1<sup>ère</sup> douche, à votre domicile, la veille de votre intervention,
- une 2<sup>ème</sup> douche, à votre domicile, le matin de votre intervention.

## LA DÉPILATION



**INTERDICTION ABSOLUE D'UTILISER UN RASOIR MÉCANIQUE À LAME MÉTALLIQUE (TYPE BIC).**

Vous ne devez en aucun cas vous raser le site opératoire. Si vous vous êtes rasé votre 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 votre 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 À VOTRE DOUCHE PRÉ OPÉRATOIRE ? (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)

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

**A noter : les cheveux seront lavés uniquement lors de la 1<sup>ère</sup> douche**

*La Bétadine<sup>®</sup> 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. Se sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres

Après la 1<sup>ère</sup> douche, la veille de l'intervention, vous devez vous coucher dans une litterie propre.

**Procéder de la même façon pour la 2<sup>ème</sup> douche.**

### Nous vous demandons d'entrer en clinique :

- Avec des ongles des mains et des pieds coupés, brossés
- Pas de vernis à ongle ni de faux ongles – *sauf avis contraire de votre anesthésiste*
- Sans bijoux, Sans piercings, Sans maquillage.
- Avec les dents brossées et avec les cheveux propres et attachés.

### DOCUMENTS À 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 (sauf si celle-ci a été réalisée au cours de la consultation de pré-anesthésie)**
- **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 (sauf si celle-ci a été réalisée au cours de la consultation de pré-anesthésie)**
- **Un moyen de paiement** – carte bleue ou chèque
- **Le résultat de vos bilans** pré opératoire
- **Le présent passeport dûment complété et signé**

### VOTRE ARRIVÉE SUR L'ETABLISSEMENT

Présentez-vous à l'Accueil de la clinique **Niveau A du bâtiment D** 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

### CAS PARTICULIERS

**Majeurs protégés** : il (elle) devra être accompagné(e) du tuteur ou curateur justifiant de ses droits sur la personne. L'autorisation d'opérer devra également être signée par le tuteur.

**Patients en ambulatoire** : Il est indispensable que vous soyez accompagné(e) d'un adulte responsable (un seul accompagnant par patient).

### APRÈS LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES, VOUS SEREZ DIRIGÉS VERS VOTRE SERVICE D'HOSPITALISATION

L'équipe soignante vous dirigera vers votre chambre et vous donnera toutes les informations nécessaires à votre prise en charge et préparation pour votre entrée au bloc opératoire

### OBJETS PERSONNELS ET RECOMMANDATIONS

Retirer vos bijoux ou piercings. Pas de maquillage, crème de soin.

Pas de vernis à ongle et pas de faux ongles – *sauf avis contraire de votre anesthésiste*

Prévoir vos étuis pour lunettes, appareils auditifs/dentaires.

Nous vous recommandons également de ne pas apporter de valeurs. **Si malgré nos recommandations vous êtes amenés à venir sur notre établissement avec un objet de valeur, nous vous demanderons de les confier à un proche, ou à défaut de le mettre dans le coffre aux admissions.**

La clinique ne saurait être responsable d'éventuels vols ou pertes.

## APRÈS VOTRE INTERVENTION – EN CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

### **Après l'intervention et à la sortie de la salle de réveil, vous retrouverez votre chambre.**

Le personnel soignant mettra tout en œuvre pour assurer la prise en charge de votre douleur. Signaler immédiatement toute douleur afin que le personnel infirmier puisse mettre en œuvre le traitement prévu.

### **Vous ne pourrez quitter le service qu'après l'autorisation de sortie donnée par votre médecin.**

Lors de son passage, il vous remettra les prescriptions nécessaires à votre retour à domicile, les consignes de sortie spécifiques et personnalisées ainsi que les explications liées à la poursuite de vos traitements habituels s'il y a lieu.

Veillez respecter scrupuleusement les consignes post-opératoires données par les médecins pour la gestion de votre douleur.

### **Vous devez impérativement passer par le bureau des admissions pour finaliser votre sortie administrative.**

La facture détaillée, (si vous en faites la demande), vous sera envoyée ultérieurement lorsque le dossier sera complet et codifié par les médecins.

### **Vous avez la possibilité de nous laisser un avis**

Le jour de votre sortie notre équipe soignante vous remettra un questionnaire de satisfaction. Nous vous encourageons à le compléter et à le laisser sur votre lit en partant.

Vous avez également la possibilité de nous laisser un avis sur notre page Facebook (Hôpital Privé Cannes Oxford) et d'y suivre nos actualités.

## APRÈS VOTRE INTERVENTION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

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

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

Sauf prolongation imprévue de votre séjour, toutes les formalités administratives ayant été faites au moment de votre 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

- Ne pas conduire le jour de l'intervention.
- Ne prendre qu'un repas léger sans boisson alcoolisée pendant les 24h suivant l'opération.
- Ne pas utiliser d'appareil potentiellement dangereux.
- Ne pas prendre de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous ne vous en rendiez compte.
- Ne pas prendre d'alcool ou autres drogues.
- Ne prendre que les médicaments prescrits sur l'ordonnance rédigée par votre chirurgien ou anesthésiste.
- Prévoir une personne accompagnante pour vous assister la 1ère nuit.
- Pour les mineurs, la personne accompagnante ne doit pas être celle qui conduit le véhicule.

### APPEL DU LENDEMAIN

Un appel du lendemain par le service ambulatoire est réalisé, nous permettant d'assurer la continuité de votre 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 œdèmes  |
| - Des saignements  | - Des nausées   |
| - Des vertiges   | - Une absence d'élimination dans les 8 heures suivant la sortie de la Clinique. |

**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 - Niveau 3 : 04.93.06.80.13**
- **Nuits – Week-end – Fériés : 04.93.06.80.15**

## POUR TOUS LES PATIENTS

**Vous devrez effectuer le règlement de votre 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.
- **Un règlement** pour la Clinique correspondant au forfait de séjour esthétique dont le montant vous est précisé sur le devis de votre chirurgien. **En l'absence de présentation du devis à l'entrée, le montant par défaut est de 192 €/jour.**

**Une demande d'acompte de 500 € en ambulatoire et 1000 € en hospitalisation conventionnelle** (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 de chambre particulière, téléphone et de télévision.

*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

Mail admissions : adm.oxf@domuscliniques.com

Tél. secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89

## HONORAIRES CHIRURGICAUX :

Les médecins appartenant au Secteur II définissent leurs honoraires puisqu'il s'agit d'un secteur conventionné à honoraires libres. La différence est remboursée par votre mutuelle, selon votre contrat.

*"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".*



## ACCEPTATION DES PRESTATIONS HOTELIERES

**Le patient est le demandeur des prestations**

**Le patient n'est pas le demandeur des prestations** : Tuteur / curateur / Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_ N° Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fournir : Copie Jugement tutelle et Pièce Identité

**FRAIS CONSTANTS** - A votre charge hors toute demande de prestation supplémentaire :

**Protections corporelles** (si nécessaires) : 26 € le paquet *les paquets sont nominatifs - possibilité d'être fournies par la famille*

### PRESTATIONS HOTELIERES DEMANDEES

	Prestation	Tarif	Date acceptation	Signature
<input type="checkbox"/>	Téléphone :	Ouverture de ligne : 6,00 € Coût de communication : selon tarif télécom		
<input type="checkbox"/>	Wi-fi	<input type="checkbox"/> Forfait jour ..... 5€ <input type="checkbox"/> Forfait 3 jours ..... 10€ <input type="checkbox"/> Forfait 4 et 7 jours ..... 15€		
	Accompagnants	<input type="checkbox"/> Lit : 26€ / nuit <input type="checkbox"/> Petit déjeuner : 4 € / jour <input type="checkbox"/> Repas : 13 € le repas		

*\* Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins*

**Je déclare ne pas être sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle) pouvant faire obstacle à un engagement à payer**

**Je déclare avoir compris les informations délivrées et que je m'engage à payer l'intégralité des frais qui resteront à ma charge auprès de la Clinique (frais constants et prestations demandées)**

<b>Le patient</b>
Date :

<b>Représentant du patient</b>
<b>(Tuteur -Curateur - Autre)</b>
Date :

***Il vous est tout à fait possible de demander ces prestations en cours de séjour.***

***Pour cela, merci de vous adresser aux infirmières de votre service.***

## RECONNAISSANCE D'INFORMATIONS Données et Reçues et d'un CONSENTEMENT ACCORDÉ

Comme le chirurgien, Docteur ..... me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je soussigné : .....

Confirme avoir été informé par lui, dans le délai, des **risques graves y compris vitaux** inhérents à toutes interventions chirurgicales, et en particulier infectieux, et des risques graves y compris vitaux, particuliers à l'intervention que je dois subir.

J'ai été informé d'un certain pourcentage de complications graves, de séquelles possibles et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteint et aux associations morbides dont je peux être porteur, mais également à des réactions individuelles imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser au chirurgien **toutes les questions concernant cette intervention** et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques loco-régionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

J'ai été informé par le chirurgien des bénéfices attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire.

Les explications fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et demander au chirurgien de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différentes de ceux prévus initialement, et j'autorise, d'ores et déjà, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire éventuellement assister pour cela par un autre praticien.

Je confirme que le **délai de réflexion minimum de quinze jours après la remise du devis est respecté** et que, dans cet intervalle, le chirurgien est à ma disposition pour répondre à toute interrogation de moi-même ou de mon médecin traitant.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, toutes les précautions et recommandations qui me sont prescrits en pré et en post-opératoire.

Je fais confiance au chirurgien pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat espéré.

J'affirme avoir bien compris la taille et la position des cicatrices.

Je confirme que les complications, inhérentes à tout acte chirurgical, m'ont été expliquées (parmi les plus courantes et sans exhaustivité) :

- **Complications spécifiques à l'anesthésie générale (possible allergie, coma, décès....Tout cela sera également discuté lors de la consultation d'anesthésie obligatoire),**
- **Hématome, nécrose tissulaire localisée,**
- **Infection (locale : de la plaie opératoire, générale : exceptionnellement septicémie),**
- **Phénomène thrombo-emboliques (phlébite ou embolie pulmonaire),**

## À signer en bas de page

- Les cicatrices évoluent sur une période de 18 à 24 mois. Elles sont souvent rouges et épaisses dans les 3 à 9 mois qui suivent l'opération ; des massages sont parfois nécessaires. Elles ne doivent pas être exposées au soleil pendant cette période.

J'atteste que le chirurgien a répondu à toutes mes questions et j'estime avoir compris le déroulement et les risques de cet acte chirurgical.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information.

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 :

### 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 infirmi(ers)ères.

Votre entrée à la Clinique est prévue 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, sauf avis contraire de votre anesthésiste. 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 Niveau 3 : 04.93.06.80.13**
- **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.

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

\_\_\_\_\_

# **INFORMATIONS RELATIVES À LA PRISE DE MÉDICAMENTS AU COURS DE L'HOSPITALISATION**

## **QUELS SONT LES RISQUES INDUITS PAR LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?**

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables liés au produit lui-même, quand sa concentration est trop importante dans votre organisme ou quand vous réagissez anormalement en sa présence.

Les effets indésirables peuvent aussi être liés à une erreur d'utilisation d'un médicament. Ils peuvent survenir si vous ne respectez pas les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante, par exemple, si vous modifiez vous-même votre traitement ou si vous prenez un autre médicament sans demander leur avis.

La prise de nombreux médicaments majore par ailleurs considérablement le risque de survenue d'effets indésirables. Des études\* ont montré que vous êtes particulièrement susceptible d'avoir des effets indésirables liés à la prise d'un médicament si vous avez :

- plus de 75 ans
- ou plus de 65 ans et une ou plusieurs maladies associées.

## **PEUT-ON ÉVITER LES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?**

Des études\* ont montré que 30 à 60% des effets indésirables étaient prévisibles et pouvaient donc être évités si toutes les règles de bonne utilisation des médicaments étaient respectées.

## **COMMENT POUVEZ-VOUS DIMINUER LE RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?**

- Pensez à emporter avec vous vos ordonnances.
- 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 (y compris 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. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise ...
- N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

## **POURQUOI EST-IL DANGEREUX DE PRENDRE DES MÉDICAMENTS SANS L'AVIS DU MÉDECIN OU DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ?**

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.

En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

\* La iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner mars 1998, La loi de santé publique du 9 août 2004, l'enquête nationale sur les effets indésirables (Eneis) 2005

**L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite** notamment pour éviter tout risque de surdosage. En effet, une même molécule peut être commercialisée sous différents noms.

### **QUELS SONT LES MÉDICAMENTS LES PLUS À RISQUE ?**

Certains médicaments nécessitent une attention plus particulière en raison de risques majorés dans votre cas, en particulier:

- les anticoagulants oraux (encore appelés anti-vitamines K)
- les médicaments du diabète
- les médicaments des affections cardiaques et vasculaires
- tous les anti-inflammatoires, même ceux utilisés contre la douleur (y compris l'aspirine)
- les tranquillisants et les somnifères.

Pour ces médicaments, il est donc d'autant plus important de respecter les instructions et les conseils du médecin et de l'équipe soignante.

### **QUELS SONT LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTEUR SUR UN EFFET INDÉSIRABLE LIÉ À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?**

D'après les études\* qui ont été réalisées et les cas signalés, les signes les plus fréquemment observés sont :

- une somnolence
- une fatigue inhabituelle
- des sensations de malaise, d'étourdissement
- des vertiges ou même une chute
- des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- des saignements.

### **QUE DEVEZ-VOUS FAIRE LORSQUE VOUS SUSPECTEZ UN EFFET INDÉSIRABLE LIÉ À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT ?**

Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante le plus rapidement possible. Ils vous indiqueront ce qu'il convient de faire.

#### ***Je déclare avoir reçu l'information concernant :***

- les risques potentiels liés au surdosage et aux interactions, lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments tout au long de mon hospitalisation.
- l'interdiction de l'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement.

Fait à \_\_\_\_\_, le 

Signature

## PERSONNE À PREVENIR - PERSONNE DE CONFIANCE

À signer en bas de page

### LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

La personne à prévenir est la personne qui sera contactée en cas de problème durant votre hospitalisation. Les informations médicales qui lui seront communiquées seront limitées.

#### Personne à prévenir :

Monsieur                       Madame                       Mademoiselle  
Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | | | | | | | | | |  
Téléphone mobile : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Cette personne est :     Un proche                       Un parent                       Mon médecin traitant

### LA PERSONNE DE CONFIANCE

*En application de l'article L111-6 de la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.*

*Cette désignation vaut pour toute la durée de votre hospitalisation et peut être révoquée à tout moment par vous-même. La personne de confiance peut être la personne à prévenir en cas d'urgence.*

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.** Je reconnais avoir été informé du fait que je peux désigner une personne de confiance à tout moment de mon hospitalisation, par écrit, en remplissant cette fiche.

#### Je souhaite désigner une personne de confiance

Monsieur                       Madame                       Mademoiselle  
Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | | | | | | | | | |  
Téléphone mobile : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Cette personne est :     Un proche                       Un parent                       Mon médecin traitant

#### Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus, sans en désigner une autre

#### Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus, et je souhaite en désigner une autre :

Monsieur                       Madame                       Mademoiselle  
Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : | | | | | | | | | |  
Téléphone mobile : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Cette personne est :     Un proche                       Un parent                       Mon médecin traitant  
Fait à :                      Le : | | | | | | | | | |

Signature du patient

Signature de la personne de confiance \*

\* si vous ne pouvez pas faire signer la personne de confiance, merci de noter au moins son accord en inscrivant « *personne de confiance avertie et d'accord* »

La LOI n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits des personnes en fin de vie, permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

### Qu'est-ce qu'une directive anticipée ?

Les directives anticipées sont des instructions écrites qu'un patient majeur et conscient donne, de manière libre et éclairée, pour le cas où il serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives seront prises en considération avant toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, pour lequel on envisage l'arrêt ou la limitation de traitements devenus inutiles ou disproportionnés, ou la prolongation artificielle de la vie.  
Elles prévalent sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de votre personne de confiance.

Les directives anticipées sont modifiables et révocables par vous-mêmes à tout moment.  
En l'absence de modification, elles sont valables 3 ans. Au terme de cette durée, vous pouvez les renouveler en les confirmant sur le document initial et en datant et signant à nouveau le document.

Vos directives peuvent être conservées par nos soins dans votre dossier médical.  
Vous pouvez également les conserver vous-mêmes, les confier à un tiers, par exemple votre personne de confiance si vous en avez désigné une, ou à votre médecin traitant.

**N'oubliez pas de nous informer de l'existence de ces directives et de nous indiquer le nom et les coordonnées de la personne qui les détient.**

**J'ai des directives anticipées.**

Coordonnées des personnes qui les détiennent :

Monsieur                                       Madame                                       Mademoiselle

Nom marital : .....

Nom de naissance: .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Téléphone mobile : .....

Téléphone fixe : : .....

Cette personne est :  Un proche                       Un parent                       Mon médecin traitant

**Je n'ai pas de directives anticipées et je souhaite en rédiger**

**Je n'ai pas de directives anticipées et je ne souhaite pas en rédiger**

Signature du patient



## AUTORISATION D'OPÉRER UN MAJEUR SOUS TUTELLE

À signer en bas de page

Nous soussignés, certifions être le tuteur de l'adulte incapable majeur désigné ci-dessous :

Identité de l'incapable majeur
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance :
Identité du tuteur
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance :
Téléphone domicile : _____
Téléphone portable : _____
Code postal : _____
Ville : _____

J'autorise, et avec l'accord du patient, l'équipe médico-chirurgicale de l'HOPITAL PRIVE 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 tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.**

Le tuteur
A _____, le
Signature

# AUTORISATION DE REMISE D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE À UNE TIERCE PERSONNE À signer en bas de page

Je soussigné, certifie être le tuteur de l'adulte incapable majeur désigné ci-dessous :

Identité de l'incapable majeur
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : <input type="text"/>
Le tuteur
A _____, le <input type="text"/>
Signature

J'autorise le cadre de l'unité de soins de l'HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD, où est pris en charge le patient, à remettre l'incapable majeur cité ci-dessus à :

Nom : _____
Prénom : _____
Qualité : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____