

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 CONVENTIONNELLE

**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 chirurgie hospitalisée complété

## 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**.

## 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 » (**sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie**), 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

Veillez 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 (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)

\*Savon antiseptique de type Bétadine<sup>®</sup> 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 literie 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

### 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

#### Cas d'un majeur protégé :

Si l'hospitalisé(e) est un majeur protégé, 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.

### 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 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.

### 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.

### POUR LES PATIENTS ASSURES SOCIAUX :

**Une demande d'acompte de 1000 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 de chambre particulière, téléphone et de télévision.

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

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

**TICKET MODERATEUR**

**FORFAIT JOURNALIER 20 €**  
(correspondant en général à 20% des frais médicaux)

**CHAMBRE PARTICULIERE 100 €**

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%

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) d'un montant correspondant au forfait participation assuré (24€) + forfait journalier (20€ par jour) + frais hôteliers acceptés
- une copie de votre carte de Mutuelle



HÔPITAL PRIVÉ  
CANNES - OXFORD

### POUR LES PATIENTS ETRANGERS OU NON ASSURES 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 provision de **4000€** (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

Mail admissions : adm.oxf@domuscliniques.com

Tél. secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89

### POUR UNE INTERVENTION DE CHIRURGIE ESTHETIQUE :

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 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"/>	Chambre particulière 100 €/Jour	Part mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui - montant : <input type="checkbox"/> Non Reste à charge patient <input type="checkbox"/> Oui - montant : <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/>	Télévision	<input type="checkbox"/> 6,00 € entre 1 et 4 j <input type="checkbox"/> 24,50 € entre 5 et 7 j <input type="checkbox"/> 42,70 € entre 11 t 15 j <input type="checkbox"/> 76,50€ au-delà		
<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> (Tuteur -Curateur - Autre)
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.**

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 délai 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 :

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

Fait à: \_\_\_\_\_



**SIGNATURE:**

(Précédée 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 infirmi(ers)ères.

### 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 ALERTER 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



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 : _____