# Mon Passeport pédiatrique

Coucou,
moi c'est **Camille**!
Je vais t'aider à préparer
ton hospitalisation
car **mon Doudou** aussi doit
bientôt être opéré.
Et c'est moi qui l'opère car je
suis un super chirurgien!



### LES RÈGLES DU JEU

- Prendre le temps de lire ensemble ce passeport
- ► Respecter les consignes
- Penser à apporter tous les documents demandés
- ➤ Sans respect de ces règles, l'intervention devra être reportée





| Consultation d'anesthésie le : |
|--------------------------------|
| Avec le Dr :                   |
| Intervention le :              |
| Avec le Dr:                    |
| Heure de convocation :         |

### MÉMO

### POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

#### Dossier médical:

Fiche n°1 complétée

Le carnet de santé

Examens réalisés et dernières ordonnances

#### Dossier administratif:

Cartes d'identité ou passeports ou cartes de séjour valides des 2 titulaires de l'autorité parentale ou le cas échéant, la décision judiciaire concernant la détention de l'autorité parentale

Livret de famille ou acte de naissance complet

Carte vitale ou attestation de droits ouverts à l'Assurance Maladie

Justificatif d'une exonération : ALD, CSS/PUMA, AME...

Carte de mutuelle (hospitalisation complète)

Fiche n°2 : signée recto verso par les 2 titulaires de l'autorité parentale

Fiche n°4: préremplir en fonction de vos souhaits de prestations confort.

Le devis vous sera expliqué lors de l'inscription.

Un film-dessin animé à visionner en famille pour préparer l'intervention de votre enfant!





### ATTENTION! Sans ces documents l'hospitalisation de votre enfant sera reportée.

Si un document manque veuillez l'envoyer par mail au plus vite avant l'entrée :

Séjour en ambulatoire : admissionsambu@clinique-stjeandedieu.com

**Séjour en hospitalisation complète** : admissions@clinique-stjeandedieu.com

### POUR LE JOUR DE L'ENTRÉE

### Préparation médicale:

Prendre une douche la veille au soir et le jour J

Respecter les consignes de jeûne

#### Dossier médical à présenter :

Fiche n°2 signée recto verso par les 2 titulaires de l'autorité parentale

Fiche n°3 complétée

Fiche n°4 complétée

Dossier médical et résultats d'examens (radiologique, biologique...)

Ordonnances et médicaments avec les boîtes si traitement quotidien

### Affaires à apporter:

En ambulatoire : tenir compte de l'intervention prévue (tenue et sous-vêtements confortables et faciles à enfiler)

En hospitalisation complète : la valise de votre enfant (détaillée dans le livret d'information)

### **INFOS PRATIQUES**

### Dépôt d'argent et de valeurs

- Évitez de vous munir de biens précieux
- Déposez-les dans le coffre de sécurité individuel de votre chambre

La clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable des valeurs, bijoux et argent que vous conservez avec vous.

### Pour limiter le risque d'infection

- les enfants de de 15 ans (même frères et sœurs) ne peuvent pas rendre visite aux patients dans les services de soins (arrêté préfectoral)
- les plantes et fleurs sont interdites

#### Visites en ambulatoire

2 parents autorisés en continu Pas de visite supplémentaire

### Visites en hospitalisation complète

2 parents autorisés en continu en journée Un seul parent peut dormir sur place Visites en journée de 13H à 21H :

Chambre seule : 2 personnes maximum en même temps

Chambre double: 1 seule personne

# L'EXCELLENCE DES SOINS, *l'hospitalité en plus*





### **CONTACTS**

### **Site Internet:**

www.clinique-stjeandedieu.com

- Prendre RDV avec un médecin?
  - Sur notre site Internet ou par email consultation@clinique-stjeandedieu.com
- Des questions sur ses soins, son état de santé?

Standard: 01 40 61 11 00: 24 h/24 h - 7 j/7

Son dossier administratif ou les frais de clinique avant le séjour?

Ambulatoire: 01 40 61 46 38

Hospitalisation complète: 01 40 61 11 39

La facturation de la clinique ?

Service facturation: facturation.patients@clinique-stjeandedieu.com 01 40 61 11 01:14 h/16 h du lundi au vendredi

La facturation des médecins ?

Contactez leur secrétariat

# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

### À remplir, à signer et à apporter à la consultation d'anesthésie

| Nom:  | Prénom :               | Date de naissa            | ance :   |                   |       |
|---|------------------------|---------------------------|----------|-------------------|-------|
| Âge :   | Poids :                | Taille :                  |          |                   |       |
| Nom du pédiatre ou médecin gén  | éraliste : Dr          |                           |          |                   |       |
| Nature de l'intervention :  |                        |                           |          |                   |       |
|   |                        |                           |          |                   |       |
| Côté à opérer :   |                        | Date de l'Inter           | vention: |                   | ••••• |
| Terme/ SA:  | Poids de               | e naissance               |          |                   |       |
| Réanimation à la naissance ?  |                        |                           |          |                   |       |
| Interventions chirurgicales sous anesthé  | ésies générales ou loc | corégionales ?            |          | 🗆 OUI             | □NON  |
| Si oui, pour quelle(s)intervention(s) ? (inc  |                        |                           |          |                   |       |
|   |                        |                           |          |                   |       |
| Complications signalées ?   |                        |                           |          | □ OUI             | □NON  |
| Problèmes d'anesthésie dans votre fami  | lle ?                  |                           |          | 🗆 OUI             | □NON  |
| Problème dans la fratrie ?  |                        |                           |          | □ OUI             | □NON  |
| Hyperthermie maligne ?  |                        |                           |          | □ OUI             | □NON  |
| Hospitalisation pour un problème médic  | cal ?                  |                           |          | □ OUI             | □NON  |
| Motif:  |                        |                           |          |                   |       |
| Durée :   |                        | Âge :                     |          |                   |       |
| Terrain allergique- médecin spécialist  | e : Dr                 |                           |          |                   |       |
| Allergies médicamenteuses ?   |                        |                           |          | □ OUI             | □NON  |
| Lesquelles  |                        |                           |          |                   |       |
| Allergies alimentaires ?  |                        |                           |          |                   |       |
| Lesquelles  |                        |                           |          |                   |       |
| Intolérance aux protéines de lait de vach   |                        |                           |          |                   |       |
| Allergies aux poils ? □ OUI □ NC  Rhinite allergique ? □ OUI □ NC                   |                        | ns?□ OUI<br>ergique?□ OUI |          | Aux pollens?□ OUI | □ NON |
| Oedème?   |                        | oul                       |          |                   |       |
|   |                        |                           |          |                   |       |
| Risque hémorragique - médecin spéci   |                        |                           |          |                   |       |
| Antécédents dans la famille proche d'un<br>Hémophilie, Willebrand, Troubles de l'hé | 9                      | •                         |          |                   |       |
| Tendances aux ecchymoses importants   |                        |                           |          |                   |       |
| Saignement important après une chirur   |                        |                           |          |                   |       |
| Saignement prolongé après une extracti  |                        |                           |          |                   |       |
| Tendance aux saignements prolongés o  |                        | •                         |          |                   |       |



# QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

|   | Maladies cardiaques - médecin spécialiste :  | Dr                                      |                        |               |  |  |  |  |
|---|--|---|------------------------|---------------|--|--|--|--|
|   | Pathologies cardiaques :   |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | Souffles aux cœurs ? □ OUI □ NON   | Réalisation d'une échographie cardiaque | □ OUI                  | □NON          |  |  |  |  |
|   | Maladies respiratoires et ORL - médecin spé  | cialiste : Dr                           |                        |               |  |  |  |  |
|   | Bronchiolites?□OUI□NON   | Asthme?□OUI□NON Laryr                   | ıgite ? □ OUI          | □NON          |  |  |  |  |
|   | Otites à répétitions ? □ OUI □ NON   | Toux chronique ? OUI ☐ NON Apné         | e du sommeil ? □ OUI   | □NON          |  |  |  |  |
|   | Pendant son sommeil votre enfant :   |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | • Ronfle plus que la moitié du temps ? □ OUI □ NON • Ronfle bruyamment ? □ OUI □ N |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | • A du mal à respirer ou lutte pour respirer ?                                     | OUI NON                                 |                        |               |  |  |  |  |
|   | • Avez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de re                                   | spirer pendant la nuit ?□ OUI □ NON     |                        |               |  |  |  |  |
|   | • Se réveille sans se sentir en forme (pas bien i                                  | reposé) le matin ? 🗆 OUI 🗖 NON          |                        |               |  |  |  |  |
|   | Tabagisme des parents? □ OUI □ NON   |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | Maladies digestives et métaboliques - méde   | cin spécialiste : Dr                    |                        |               |  |  |  |  |
|   | Pathologies:   |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | Problèmes de Diabète ?□ OUI□ NON   | Reflux gastrique ? OUI ☐ NON Vomi       | ssements ? □ OUI       | □NON          |  |  |  |  |
| 7   | Douleurs abdominales ? ☐ OUI ☐ NON   | Hormone de croissance ? ☐ OUI ☐ NON     |                        |               |  |  |  |  |
| <u>F</u>  | Maladies neurologiques - médecin spécialiste : Dr                                  |   |                        |               |  |  |  |  |
| <u> </u>  | Age de la marche :   | Age de la position assise :             |                        |               |  |  |  |  |
|   | Anxiété?□ OUI□ NON   | Epilepsie? □ OUI □ NON                  |                        |               |  |  |  |  |
|   | Traitement:  |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | Calendrier Vaccinal à jour   |   | 🗆 OUI                  | $\square$ NON |  |  |  |  |
|   | Notez TOUS les médicaments pris par enfan  | t, ainsi que les doses :                |                        |               |  |  |  |  |
|   |  |   |                        |               |  |  |  |  |
|   |  |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | Pour prévenir le risque de bris dentaire, veu                                      | illez signaler sur le schéma suivant :  | 51 61                  |               |  |  |  |  |
|   | • les dents abimées :  |   | 52 0 0 62<br>53 0 0 63 |               |  |  |  |  |
|   | • les dents cassés :   |   | 54 0 0 6               | 4             |  |  |  |  |
|   | • les appareils dentaires:   |   | 55 (A) Haut (B)        | 65            |  |  |  |  |
|   | • les implants dentaires :   |   | 55 51 61 65            |               |  |  |  |  |
|   | • les facettes :   |   | 8581 7175              |               |  |  |  |  |
|   |  |   | 85 S Bas               | 75            |  |  |  |  |
|   | ATTENTION !  | 84 9 P 74                               | 1                      |               |  |  |  |  |
| Pensez à apporter la dernière ordonnance et les éventuels  83  90  83  72  72 |  |   |                        |               |  |  |  |  |
|   | examens réalisés récemment pour votr   |   | 81 71                  |               |  |  |  |  |
|   | pneumologiques, biologiques).  |   |                        |               |  |  |  |  |
|   |  |   |                        |               |  |  |  |  |



e. Signature





# FICHE D'ADMISSION DES MINEURS (0-18 ANS)

1/2

À signer recto-verso par les deux titulaires de l'autorité parentale\* et à apporter, au plus tard, le jour de l'entrée

| <b>!</b> ATTENTION |
|--------------------|
|--------------------|

Si vous ne pouvez pas fournir les documents demandés, l'intervention sera reportée.

|                          | N'oubliez pas :   |  |  |  |  |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
|                          | ☐ le livret de famille ou acte de n   | aissance complet                         |  |  |  |
|                          |   | t <b>itulaires</b> de l'autorité parenta | le (ou passeports) ou le cas échéant, la décision judiciaire<br>lors de l'inscription) |  |  |
|                          | les effets personnels de l'enfan<br>nécessairement son lait habituel), d                                |  | biberons particuliers, laits particuliers (la Clinique n'a pa                          |  |  |
|                          | AUTORISATION D'OPÉRER   |  |  |  |  |
|                          | Nom et prénom du patient :  |  | Date de naissance :  |  |  |
| ~                        | Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin  |  |  |  |  |
| REMPLIR                  | Nature de l'intervention chirurgicale   |  |  |  |  |
| ARE                      |   |  | Le:  |  |  |
|                          | Je soussigné(e),  |  | certifie être représentant légal du patien   |  |  |
|                          | désigné ci-dessus et donne l'autorisa   | ation de l'opérer et de l'anesthési      | er.  |  |  |
|                          |   |  |  |  |  |
|                          | ACCOMPAGNEMENT À L'EN   | TRÉE                                     |  |  |  |
| 2                        | Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :                                |  |  |  |  |
| M                        | ☐ m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour son entrée ;                             |  |  |  |  |
| A REMPLIR                | ☐ autorise M/Mme  |  | à l'accompagner le jour de son entrée.   |  |  |
| ⋖                        | Cette personne devra <b>impérativeme</b>  |  |  |  |  |
|                          |   |  |  |  |  |
|                          | ACCOMPAGNEMENT À LA S   | ORTIE                                    |  |  |  |
| 7                        | Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :                                |  |  |  |  |
| REMP                     | □ m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour sa sortie ;                              |  |  |  |  |
| ARE                      | ☐ autorise M/Mme  |  | à l'accompagner le jour de sa sortie.  |  |  |
| ₹.                       | Cette personne devra <b>impérativement présenter sa pièce d'identité</b> lors de la sortie de l'enfant. |  |  |  |  |
|                          | PÈRE  | MÈRE                                     | TUTEUR   |  |  |
|                          | Nom:  | Nom:                                     | Nom:   |  |  |
|                          | Prénom :  | Prénom :                                 | Prénom :   |  |  |
| ~                        | Le:   | Le:                                      | Le:  |  |  |
| $\widetilde{\mathbb{Z}}$ | Signature :   | Signature :                              | Signature :  |  |  |



CLINIQUE \_\_

SAINT JEAN DE DIEU



# FICHE D'ADMISSION DES MINEURS (0-18 ANS)

2/2

|           | Nom et prénom du patient :   |  | Date de naissance :  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|
|           | Sexe: ☐ Féminin ☐ Masc   |  |  |  |  |
|           | CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'EXAMEN OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE   |  |  |  |  |
|           | Je soussigné(e),   |  | certifie être représentant légal du patient  |  |  |
| LR        | désigné ci-dessus et certifie :  | :  |  |  |  |
| A REMPLIR |  | nts périopératoires, des bénéfices et des  | e l'intervention ou de l'examen, de la/les techniques choisies,<br>s risques du projet thérapeutique, du risque de survenue de   |  |  |
|           | ☐ qu'il a été répondu de façon s   | satisfaisante à toutes les questions que j'ai po   | sées et estime avoir été suffisamment informé(e) ;   |  |  |
|           | donner mon consentemen dispensés pendant la duré   |  | ent désigné ci-dessus, les soins et les traitements qui seront   |  |  |
|           | □ accepter également les mo  | odifications de la méthode qui pourraien   | t se révéler nécessaires pendant l'intervention.   |  |  |
|           | PÈRE   | MÈRE   | TUTEUR   |  |  |
|           | Nom:   | Nom:   | Nom:   |  |  |
|           | Prénom:  |  | Prénom :   |  |  |
| 7         | Le:  |  |  |  |  |
|           | Signature:   | Signature :  | Signature :  |  |  |
|           | Je soussigné(e),   |  | STHÉSIQUEcertifie être représentant légal du patient   |  |  |
| REMPLIR   | Je soussigné(e),   | :<br>nent (par oral et par écrit) de l'anesthésie p<br>tratoires. Les différentes techniques d'and   | certifie être représentant légal du patient révue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été   |  |  |
| A REMPLIR | Je soussigné(e),   | :<br>nent (par oral et par écrit) de l'anesthésie p<br>ratoires. Les différentes techniques d'and<br>on satisfaisante à toutes les questions qu  | certifie être représentant légal du patient révue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e);  |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),   | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie p<br>pratoires. Les différentes techniques d'and<br>on satisfaisante à toutes les questions qu<br>nt pour l'anesthésie prévue pour le patier<br>podifications de la méthode qui pourraien<br>guins, jugées indispensables par le méd   | certifie être représentant légal du patient révue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); at désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion  |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),   | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie p<br>pratoires. Les différentes techniques d'and<br>on satisfaisante à toutes les questions qu<br>nt pour l'anesthésie prévue pour le patier<br>podifications de la méthode qui pourraien<br>guins, jugées indispensables par le méd   | certifie être représentant légal du patient révue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); at désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion  |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),   | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'ancter satisfaisante à toutes les questions questions questions de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le médessaire  MÈRE  | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus                        |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),   | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'anesthésie pon satisfaisante à toutes les questions qu'nt pour l'anesthésie prévue pour le patier podifications de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le médessaire  MÈRE  Nom:  | certifie être représentant légal du patient révue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); at désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom:           |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),  désigné ci-dessus et certifie:  avoir été informé(e) clairem et des instructions préopé expliquées;  qu'il a été répondu de faço donner mon consentemen accepter également les mo de sang ou de dérivés sang des hépatites B et C si néce  PÈRE  Nom: Prénom:                                    | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'ancter satisfaisante à toutes les questions questions questions de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le médessaire  MÈRE  Nom:  Prénom:   | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom:  Prénom: |  |  |
| AREMPLIR  | Je soussigné(e),  désigné ci-dessus et certifie:  avoir été informé(e) clairemet des instructions préopéexpliquées;  qu'il a été répondu de façoedonner mon consentement de sang ou de dérivés sang des hépatites B et C si nécestre prénom:   | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'ancter satisfaisante à toutes les questions questions questions de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le médessaire  MÈRE  Nom:  Prénom:   | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; t se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom:  Prénom: |  |  |
| AREMPLI   | Je soussigné(e),  désigné ci-dessus et certifie:  avoir été informé(e) clairem et des instructions préopé expliquées;  qu'il a été répondu de faço donner mon consentemen accepter également les mo de sang ou de dérivés sang des hépatites B et C si néce  PÈRE  Nom: Prénom:                                    | enent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'anesthésie pon satisfaisante à toutes les questions que nt pour l'anesthésie prévue pour le patier podifications de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le médessaire  MÈRE  Nom: Prénom:   | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; et se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom: Prénom: |  |  |
| AREMPLI   | Je soussigné(e),  désigné ci-dessus et certifie:  avoir été informé(e) clairem et des instructions préopé expliquées;  qu'il a été répondu de faço donner mon consentemen accepter également les mo de sang ou de dérivés sang des hépatites B et C si néce  PÈRE  Nom: Prénom:  E: Signature:                     | nent (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'ancernante à toutes les questions que nour l'anesthésie prévue pour le patier podifications de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le méd essaire  MÈRE  Nom:  Prénom:  Signature:   | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; et se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom: Prénom: |  |  |
| AREMPLI   | Je soussigné(e),  désigné ci-dessus et certifie:  avoir été informé(e) clairemet des instructions préopéexpliquées;  qu'il a été répondu de façoexpliquées;  accepter également les mondes and ou de dérivés sans des hépatites B et C si nécestre prénom:  PÈRE  Nom:  Prénom:  Signature:  Signature du PATIENT: | ment (par oral et par écrit) de l'anesthésie peratoires. Les différentes techniques d'ancernatoires. Les différentes techniques d'ancernatoires. Les différentes les questions que nt pour l'anesthésie prévue pour le patier podifications de la méthode qui pourraien guins, jugées indispensables par le méd essaire  MÈRE  Nom:  Prénom:  Signature: | certifie être représentant légal du patient prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) esthésie et d'analgésie post-opératoire disponibles m'ont été e j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e); et désigné ci-dessus; et se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion ecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus  TUTEUR  Nom: Prénom: |  |  |

# PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

Le PPS, c'est quoi?

Doudou, écoute-moi attentivement: le PPS permet de vérifier qu'on a bien compris l'intervention et les soins à venir. Alors tu te rappelles toi ?



### PATIENT

| I.          | Quelle est l'intervention prévue ?  |
|-------------|---|
| II.<br>(his | Quel est le projet de soins ?<br>toire de la maladie – étapes de la prise en charge médicale – retour à domicile) |
|             |   |
| III.        | Reste-t-il des points à éclaircir avec un soignant ?  |
|             |   |

Ici, tu peux dessiner comment ce sera à la clinique...

...et n'oublie pas de visionner ma vidéo!





### SOIGNANT

| IV.<br> |                                    |                           | avec le patient, parent ou tuteur ?                 |
|---------|------------------------------------|---------------------------|---|
|         |                                    |                           |   |
|         | ation donnée par : 🗖 IDE           |                           |   |
| ٧.      |                                    |                           | ents ou à la demande du patient, parent ou tuteur ? |
|         |                                    |                           |   |
|         |                                    |                           |   |
|         |                                    |                           |   |
| VI.     | Quels sont les soins de sup        | port proposés ?           |   |
| □ Psy   | chologue 🛘 Diététicienne nutrition | nniste 🗆 Association de p | oatients 🗆 Réseaux de santé 🗅 Autre :               |
|         |                                    |                           |   |
| Si      | gnature du patient :               |                           | Signature du médecin :                              |
|         |                                    |                           |   |

# FRAIS CLINIQUE ET PRESTATIONS CONFORT

► AMRIII ATOIRE: votre reste à charge

| Le reste à charge étant limité, nous ne pre<br>donc régler ces frais (éventuellement rem  | enons pas les c |  | mutuelle. Vous devre       |
|---|-----------------|--|----------------------------|
| ⊠ Forfait ambulatoire clinique  |                 |  | _30,00 €                   |
| Cas N°1 : tarif conventionnel de base sécul  Franchise médicale  La prise en charge des soins par l'assurance ma                        |                 |  | 24,00 €                    |
| Cas N°2 : tarif conventionnel de base sécul<br>Ticket modérateur  Dans ce cas la prise en charge des soins par l'a                      |                 | 20% du séjour et de <u>tous</u>        |                            |
| EN OPTION: Les prestations confort  ☐ Chambre particulière* (collation Gourme ☐ Collation Gourmande** (jus de fruit et fro              |                 |  |                            |
| *La chambre particulière vous sera attribuée sous rése<br>vue sur le jardin.<br>** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de |                 | é le jour de votre entrée. Il n'est pa | s possible de réserver une |
| PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NA<br>J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers<br>nationale e-Satis afin que je puisse donner mon    | délégué par la  | Direction générale de la santé (       |                            |
|   |                 |  |                            |

- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;

Signature:

CLINIQUE SAINT JEAN DE DIEU

Je soussigné(e) \_\_

- reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;

# FRAIS CLINIQUE ET PRESTATIONS CONFORT

## ► HOSPITALISATION COMPLÈTE : votre reste à charge

Sur présentation de votre carte mutuelle, nous demanderons un accord de prise en charge. Cet accord doit nous parvenir au plus tard avant le jour de votre sortie. Vous ne réglerez alors que le montant restant à votre charge, calculé en fonction de l'accord de la prise en charge mutuelle.

| Cas N°1 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste ≥1 20,00€    Franchise médicale   | □ Forfait journalier     □ Forfait jo | 20,00 € € jour (dont j. de sortie)           |
|---|---|--|
| Franchise médicale  | Cas N°1: tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthés  | siste ≥120,00€                               |
| Cas N*2 : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthésiste < 120,00€  ☐ Ticket modérateur 20% du séjour et de tous les actes Dans ce cas la prise en charge des soins par l'assurance maladie est de 80%.  EN OPTION : Les prestations confort  Les chambres particulières  ☐ Chambre particulière suite* ☐ Chambre particulière suite* ☐ Chambre particulière suite* ☐ Repas Plaisir** ☐ Lit accompagnants en chambre particulière ☐ Lit accompagnant (petit déj. Inclus) ** ☐ Repas accompagnant ≥ 2 ans (petit déj. Inclus) ** ☐ Pas de supplément ☐ Repas accompagnant > 12 ans (pas de lit, limité à une personne) ☐ Pas de supplément ☐ Partieuli accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne) ☐ Pas de supplément ☐ Portait confort (TV - Tél - WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand) ☐ 35,00 € / jour ☐ Télévision ☐ 8,00 € / jour ☐ Téléphone (ouverture de ligne) ☐ 5,00 € ☐ WIFI (6 heures) ☐ 12,00 € ☐ No € ☐ Eau ou Vin*** (25ct) ☐ 5,00 € ☐ Via chambre particulière vous sera altribuée sous réserve de disponibilité le jour de vatre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  ** Ces prestations vous serant servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS ☐ J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête notionale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge par l'assurance maladie ;  — reconnais avoir pris connaissance de ce devis ; — m'engage à régler les frois résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ; | ☐ Franchise médicale  | 24,00 €                                      |
| Ticket modérateur 20% du séjour et de tous les actes  Dans ce cas la prise en charge des sains par l'assurance maladie est de 80%.  EN OPTION : Les prestations confort  Les chambres particulières   Chambre particulière confort*   |   | ise medicale.                                |
| EN OPTION: Les prestations confort  Les chambres particulières  □ Chambre particulière confort* □ Chambre particulière confort* □ Chambre particulière suite* □ Chambre particulière suite* □ Chambre particulière suite* □ South (pour (dont j. de sortie) □ Repas Plaisir** □ 15.00 € / jour (dont j. de sortie) □ Les accompagnants en chambre particulière □ Lit accompagnant (petit déj. Inclus) *** □ Lit accompagnant (petit déj. Inclus) *** □ Chambre doubles □ Chambre doubles □ Pas de supplément □ Fauteuil accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne) ** □ Pas de supplément □ Forfait confort (IV - Tél – WiFl Illimité - P. déjeuner Gourmand) ** □ Téléphone (ouverture de ligne) ** □ Nécessaire de toilette ** □ Nécessaire de toilette ** □ Nécessaire de toilette ** □ La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  ** Ces prestations vous serant servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge : □ Oui □ Non  Je soussigné(e) ** - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ; - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;  | <u>Cas N°2</u> : tarif conventionnel de base sécurité acte chirurgien + anesthés  | siste < 120,00€                              |
| Chambre particulière confort*  Chambre particulière suite*  300,00 € / jour (dont j. de sortie)  Repas Plaisir*  15,00 € / repas  Les accompagnants en chambre particulière  Lit accompagnant (petit déj. Inclus) ***  Repas accompagnant 2 ans (petit déj. Inclus)  Repas accompagnant Plaisir  Les chambres doubles  Chambre double  Pas de supplément  Fouteuil accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne)  Fortait confort (TV - Tél - WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand)  Téléphone (ouverture de ligne)  WIFI (6 heures)  Eau ou Vin*** (25cl)  La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  **Ces prestations vous serant servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :  Oui  Non   |   |  |
| Chambre particulière confort*  Chambre particulière suite*  300,00 € / jour (dont j. de sortie)  Repas Plaisir**  15,00 € / repas  Les accompagnants en chambre particulière  Lit accompagnant (petit déj. Inclus) **  Repas sa accompagnant Platisir  Repas accompagnant Platisir  Repas accompagnant Platisir  15,00 € / repas  Les chambres doubles  Chambre double  Pas de supplément  Routeuil accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne)  Pos de supplément  Forfait confort (TV - Tél - WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand)  Télévision  Routeuil (TV - Tél - WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand)  Téléphone (ouverture de ligne)  Nécessaire de toilette  Deau ou Vin*** (25cl)  Sou €  ** a chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  ** C'es prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :  Dui Non  Je soussigné(e)  - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ; - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;   | EN OPTION : Les prestations confort   |  |
| Chambre particulière suite*   300,00 € / jour (dont j. de sortie)   | Les chambres particulières  |  |
| Chambre particulière suite*   300,00 € / jour (dont j. de sortie)   | ☐ Chambre particulière confort*   | 210,00 € / jour (dont j. de sortie)          |
| Les accompagnants en chambre particulière  □ Lit accompagnant (petit déj. Inclus) **  |   |  |
| □ Lit accompagnant (petit déj. Inclus) ** □ Lit accompagnant ≤ 2 ans (petit déj. Inclus)  | □ Repas Plaisir**   | 15,00 € / repas                              |
| □ Lit accompagnant ≤ 2 ans (petit déj. Inclus) Pas de supplément □ Repas accompagnant Plaisir 15,00 € / repas  Les chambres doubles □ Chambre double Pas de supplément □ Fauteuil accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne) Pas de supplément □ Forfait confort (TV - Tél – WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand) 35,00 € / jour □ Télévision 8,00 € / jour □ Téléphone (ouverture de ligne) 5,00 € □ WIFI (6 heures) 12,00 € □ Nécessaire de toilette 10,00 € □ Eau ou Vin*** (25c1) 5,00 €  *La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  ** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge : □ Oui □ Non  Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance de ce devis ; - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;  | Les accompagnants en chambre particulière   |  |
| Repas accompagnant Plaisir  | Lit accompagnant (petit déj. Inclus) **   | 65,00 € / jour                               |
| Chambre double  |   |  |
| Chambre double  |   | 15,00 € / Tepas                              |
| Fauteuil accompagnant ≤ 12 ans (pas de lit, limité à une personne)  |   | Date de complément                           |
| Fortait confort (TV - Tél – WIFI illimité - P. déjeuner Gourmand)35,00 € / jour     Télévision8,00 € / jour     Téléphone (ouverture de ligne)5,00 €     WIFI (6 heures)12,00 €     Nécessaire de toilette  |   |  |
| Télévision  |   |  |
| □ Téléphone (ouverture de ligne)  |   |  |
| <ul> <li>WIFI (6 heures)</li> <li>Nécessaire de toilette</li> <li>Eau ou Vin**** (25cl)</li> <li>*La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.</li> <li>** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin</li> <li>PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS</li> <li>J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :</li> <li>Oui</li> <li>Non</li> <li>Je soussigné(e)</li> <li>- reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;</li> <li>- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;</li> </ul>  |   | 5,00 €                                       |
| □ Eau ou Vin*** (25cl)  |   |  |
| *La chambre particulière vous sera attribuée sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée. Il n'est pas possible de réserver une vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  **Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :  Oui Non  Je soussigné(e),  - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;  - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;   |   |  |
| vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  *** Ces prestations vous seront servies avec l'accord de votre médecin  PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION NATIONALE DE SATISFACTION e-SATIS  J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :  Dui  Non  Je soussigné(e)  - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ; - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;  | □ Eau ou Vin*** (25cl)  | 5,00 €                                       |
| J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction générale de la santé chargé de l'enquête nationale e-Satis afin que je puisse donner mon avis sur ma prise en charge :   | vue sur le jardin. Elle sera facturée à la journée y compris le jour de la sortie.  | ntrée. Il n'est pas possible de réserver une |
| Je soussigné(e),  - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;  - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;  | J'autorise la transmission de mon e-mail au tiers délégué par la Direction génére   |  |
| - reconnais avoir pris connaissance de ce devis ;<br>- m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;  | □ Oui □ Non   |  |
| - m'engage à régler les frais résultants des suppléments non pris en charge par l'assurance maladie ;   | Je soussigné(e)   |  |
| Le Signature :  |   | assurance maladie ;                          |
|   | Le Signature :  |  |

### **MIEUX NOUS CONNAÎTRE**

### www.clinique-stjeandedieu.com



### **SUIVRE NOS ACTUALITÉS**

### ■ #CLINIQUESTJEANDEDIEU

### Clinique Saint Jean de Dieu

2 rue Rousselet - Paris 7e

► **Prendre RDV :** www.clinique-stjeandedieu.com

► Standard: 01 40 61 11 00

► Consultations : 01 40 61 11 22

► Chimiothérapie : 01 40 61 46 70

### Centre d'imagerie médicale Oudinot

21 rue Oudinot - Paris 7e

▶ Prendre RDV : www.doctolib.fr (Oudinot) www.mammo.fr

► Radiologie - Mammographie Echographie - EOS

01 40 59 08 08

► IRM: 01 40 59 94 94

**Scanner:** 01 40 33 15 15

