



Tous acteurs de votre santé

# PASSEPORT AMBULATOIRE

PARTIE RELIÉE À CONSERVER PAR LE PATIENT

FORMULAIRES LIBRES À COMPLÉTER ET À REMETTRE À LA PRÉADMISSION/ADMISSION

Madame, Monsieur,

Les praticiens, le personnel et la direction sont heureux de vous accueillir et vous souhaitent la bienvenue au sein de la Clinique Oxford.

Nous plaçons à votre service la compétence de nos équipes et nous nous engageons à mettre tout en œuvre pour vous apporter une prise en charge ambulatoire optimale tant sur le plan du confort que de la sécurité.

**Pour faciliter votre prise en charge, vous devez lire ce passeport ambulatoire, compléter les formulaires associés et les remettre à la préadmission.** Ce passeport contient les informations indispensables à chaque étape administrative et médicale de votre prise en charge.

Nous vous souhaitons un séjour répondant à vos attentes et un bon rétablissement.

## DATES

DE LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE : ..... À ..... H .....

DE L'INTERVENTION : ..... À ..... H .....

DE LA CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE : ..... À ..... H .....

## CHECK-LIST DES DOCUMENTS A APPORTER

### Documents à prévoir pour la consultation pré-anesthésique et la préadmission :

- Pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité (CNI), passeport, carte de séjour)
- Carte vitale ou Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
- Carte de mutuelle
- Devis du chirurgien (le cas échéant)
- Ordonnances de traitement personnel
- Résultats des derniers examens médicaux (bilans sanguins, examens radiologiques, comptes-rendus de spécialistes...)
- Si patient mineur : Le carnet de santé
- Les formulaires du passeport suivants **complétés et signés** :
  - Fiche de renseignements patients (formulaire N°1)
  - Attestation de consentement du patient chirurgie/examen (formulaire N°2)
  - Rappels des consignes en vue d'un acte ambulatoire (formulaire N°3)
  - Informations médicales relatives à la prise de médicaments et à la transfusion (formulaire N°4)
  - Droits et informations du patient (formulaire N°5)
  - Désignation d'une personne de confiance et directives anticipées (formulaire N°6 et 7)
  - Si patient mineur ou majeur sous tutelle : Autorisation d'opérer et de sortie (**signée par les deux parents/tuteur**) (formulaire N°8)
- Tarifs et prestations (formulaire N°9)

### Documents à prévoir le jour de l'intervention :

- Pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité (CNI), passeport, carte de séjour)
- Si patient mineur ou majeur sous tutelle : La pièce d'identité des deux parents ou la pièce d'identité du tuteur/curateur
- Si patient mineur ou majeur sous tutelle : Livret de famille ou décision de justice de mise sous tutelle
- Carte vitale ou Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
- Carte de mutuelle
- Si patient mineur : Le carnet de santé
- Les formulaires du passeport dûment remplis et signés (si non remis le jour de la préadmission)
- Déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle (le cas échéant)
- Devis du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur (le cas échéant)
- Moyen de paiement : carte bleue et chèque (L'équipe d'anesthésie n'accepte pas les chèques)
- Résultats d'examens biologiques, radiologiques, ordonnances et traitements médicamenteux en cours (dans leurs boîtes si possible), etc.
- Ordonnances et traitements personnels

# ADMISSIONS, PRE-ADMISSIONS ET ANESTHESISTES

## Bâtiment D

- **Anesthésistes/ Préadmissions et admissions AMBULATOIRES** : Prendre l'ascenseur D7 et se rendre à **l'étage A** - Du lundi au vendredi : 07h à 19h
- **Préadmissions et admissions SOS MAIN** : Prendre l'ascenseur D7 et se rendre à **l'étage 1**  
Du lundi au vendredi : 07h à 19h - Samedi : 10h30 à 19h - Dimanche/Jours fériés : 11h à 19h
- **Préadmissions et admissions OPHTALMOLOGIE** : Prendre l'ascenseur D7 et se rendre à **l'étage 2** - Du lundi au vendredi : 08h à 17h

## VOTRE PARCOURS AMBULATOIRE EN 8 ETAPES

### AVANT L'INTERVENTION

#### Etape 1 : CONSULTATION AVEC LE CHIRURGIEN

Lors de cette consultation, le chirurgien vous a proposé une intervention en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge pour une intervention chirurgicale permettant de raccourcir votre hospitalisation à moins de 12 heures. Vous entrez donc dans la Clinique le jour de l'opération et en ressortez dans la journée.



#### Etape 2 : CONSULTATION AVEC L'ANESTHESISTE

Cette consultation est obligatoire. Elle doit intervenir **obligatoirement 48h avant un acte chirurgical** (sauf urgence). Le médecin anesthésiste-réanimateur recueillera vos éventuels problèmes de santé et traitements habituels. Il vous informera sur la technique d'anesthésie réalisable et compatible avec votre intervention. **Il peut également être amené à vous prescrire des examens complémentaires qui seront à rapporter impérativement le jour de l'intervention.**



#### Etape 3 : PRE-ADMISSION

**(A réaliser le jour de la consultation avec l'anesthésiste-réanimateur)**

Cette étape administrative est obligatoire. Elle permet de faciliter votre admission et notamment votre attente le jour de l'intervention. Nous vous invitons à vous rendre au **bureau des préadmissions, Bâtiment D, Niveau A** avec les documents nécessaires (cf. page 2).

## Etape 4 : PREPARATION A L'INTERVENTION

Votre intervention en chirurgie ambulatoire nécessite le respect des consignes données par votre chirurgien. Le non-respect de l'une de ces consignes peut entraîner le report de votre intervention.

### La veille de l'intervention

- Coupez-vous les ongles
  - Enlevez le vernis à ongles (mains et pieds) ou faux ongles
  - Retirez vos bijoux et piercings
  - Démaquillez-vous
  - Selon la nécessité, réalisez la dépilation : Attention, **interdiction absolue d'utiliser un rasoir à lame métallique**. Seule la dépilation à la cire est autorisée dans les 24 à 48h avant l'intervention. Ne pas utiliser de rasoir dans les 8 jours qui précèdent l'intervention (risque infectieux). Si vous ne pouvez pas prendre en charge votre dépilation, elle sera réalisée par l'équipe soignante avec une tondeuse.
  - **Réaliser votre douche pré-opératoire** : Que votre intervention soit prévue le matin ou l'après-midi, vous devez prendre **deux douches au savon antiseptique (Bétadine®)** à votre domicile :
    - Une 1<sup>ère</sup> douche la veille de votre intervention
    - Une 2<sup>ème</sup> douche le matin de votre intervention
- A noter :
- Les cheveux ne doivent être lavés que lors de la première douche
  - Après la 1<sup>ère</sup> douche, la veille de l'intervention, vous devez vous coucher dans une literie propre

### Comment réaliser la douche pré-opératoire ?



### Le jour de l'intervention

- Brossez-vous les dents même si vous devez être à jeun
- Venez sans bijoux, sans maquillage, sans crème de soin, sans vernis à ongles et sans lentilles de contact
- Prenez une douche pré-opératoire avec le produit antiseptique prescrit par le chirurgien puis mettez des vêtements propres

### Jeûne pré-opératoire

#### VOUS POUVEZ :

Jusqu'à 6 h avant l'intervention



**MANGER et FUMER**

Jusqu'à 2 h avant l'intervention



**BOIRE**

(eau (sans gaz), jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

## LE JOUR DE L'INTERVENTION

### Étape 5 : PRISE EN CHARGE A LA CLINIQUE

Le jour de l'intervention, **présentez-vous à l'heure et au lieu qui vont ont été indiqués la veille par SMS ou dans la convocation**. Dans un premier temps, vous devez vous rendre au service des admissions afin de vérifier et compléter votre dossier si besoin. Une heure estimée de sortie vous sera indiquée. Une fois votre admission réalisée, vous vous présenterez dans l'unité de chirurgie ambulatoire qui vous sera indiquée et vous serez accueilli par l'équipe soignante. Elle vous dirigera vers votre box ou votre chambre et vous donnera toutes les informations nécessaires à votre prise en charge et à la préparation pour votre entrée au bloc opératoire.

Nous vous recommandons de ne pas apporter de valeurs. Le cas échéant, nous vous demanderons de les laisser dans le coffre à disposition dans le box ambulatoire. La clinique ne peut être tenue responsable d'éventuels vols ou perte.

**Si le patient est un mineur**, la présence continue d'un adulte est demandée pour son hospitalisation. La présence du père, de la mère ou du tuteur légal est donc indispensable de l'entrée à la sortie de l'enfant. Vous serez associé aux étapes de vérification des consignes pré opératoires (jeûne, douches...) puis vous accompagnerez votre enfant jusqu'en salle de réveil où vous serez également associé aux vérifications d'identité. N'oubliez pas doudou, biberons et tétines s'il y est attaché afin de créer un climat de confiance. A son retour du bloc opératoire, les services remettront à votre enfant un carnet de jeux en fonction de son âge.

**Si le patient est un majeur protégé**, il devra être accompagné du tuteur ou du curateur justifiant de ses droits sur la personne.



Dans le cadre d'une prise en charge au service d'**URGENCES SOS MAINS**, votre parcours sera différent. La consultation avec le chirurgien s'effectue le jour de votre intervention, après votre arrivée à la Clinique.

Lors de votre arrivée à la Clinique, vous serez directement pris en charge par le service. Vos formalités seront réduites au maximum. Vous, ou l'un de vos proches, devrez toutefois présenter les documents nécessaires au service des admissions dans les meilleurs délais.

Vous devrez compléter un questionnaire pré-anesthésique avant votre intervention.

Après votre intervention, vous serez soumis aux mêmes étapes qu'un parcours ambulatoire classique, détaillées ci-après.

### Etape 6 : VOTRE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

Après votre intervention, vous êtes surveillé pendant un délai variable dans l'unité de chirurgie ambulatoire et une collation vous est proposée. **Votre sortie est soumise à autorisation médicale préalable**, l'heure de sortie dépendra donc de la décision de l'équipe médicale qui vous aura pris en charge. En fonction de votre état, le chirurgien et/ou le médecin anesthésiste-réanimateur peuvent décider de vous garder en hospitalisation complète.

Un questionnaire de satisfaction vous sera remis afin que vous puissiez nous faire part de vos impressions concernant votre prise en charge au sein de la Clinique.

**Vous devez impérativement passer par le bureau des admissions pour finaliser votre sortie administrative.** La facture détaillée vous sera envoyée ultérieurement lorsque le dossier sera complet et codifié par nos services. **Vous devrez effectuer le règlement du séjour par carte bancaire ou par chèque.** Dans ce cas, il vous faudra préparer :

- Un règlement par CB ou en espèces pour l'anesthésiste-réanimateur, correspondant aux compléments d'honoraires non couverts par la Sécurité Sociale, convenus avec ce dernier ;
- Un chèque à l'ordre de votre praticien, correspondant aux compléments d'honoraires non couverts par la Sécurité Sociale, convenus avec ce dernier.

**Pour votre retour à domicile, vous devez obligatoirement être accompagné(e).** Cette personne (majeure, valide et responsable) viendra vous chercher dans le service et devra signer le bulletin de sortie. Si votre état le nécessite, un transport ou ambulance ou VSL (véhicule sanitaire léger) pourra vous être prescrit par votre médecin. L'infirmier(e) contactera l'ambulancier de votre choix. Si vous ne pouvez pas suivre ces indications, il est impératif de le signaler au chirurgien et/ou à l'anesthésiste-réanimateur car cela peut être une contre-indication à l'hospitalisation en ambulatoire. Vous devrez alors peut-être passer la nuit sur la Clinique.

Pour votre sécurité, **vous devrez suivre les consignes suivantes :**

- Regagner votre domicile avec une personne accompagnante ; pour un enfant de moins de 10 ans : 2 accompagnants adultes ;
- Ne pas conduire pendant 24h suivant l'intervention ;
- S'assurer de la présence d'une personne adulte valide pour rester auprès de vous le soir et la nuit ;
- Ne prendre qu'un repas léger, sans boisson alcoolisée pendant les 24h qui suivent l'intervention ;
- Ne pas utiliser d'appareils potentiellement dangereux ;
- Ne pas prendre de décision importante, votre vigilance peut être abaissée sans que vous ne vous en rendiez compte ;
- Ne pas consommer de drogues ;
- Ne prendre que les médicaments prescrits sur l'ordonnance rédigée par votre chirurgien ou anesthésiste-réanimateur.



Avec votre accord, vos documents de sortie seront transférés sur **Mon espace santé**. C'est un service numérique de confiance, qui permet à chacun de garder le contrôle sur ses données de santé, de stocker et partager en toute sécurité tous les documents et informations utiles pour son suivi médical avec ses professionnels de santé.

## Etape 7 : CONTACT APRES L'INTERVENTION

Le lendemain de votre hospitalisation (ou le 1<sup>er</sup> jour ouvrable si vous êtes opéré(e) un vendredi ou un jour férié), vous serez contacté(e) pour faire le point sur les suites de votre intervention, les conditions de votre retour à domicile et votre évolution.

Après votre retour à domicile, si des symptômes anormaux survenaient (douleurs persistantes malgré les antalgiques, absence d'élimination dans les 8h suivant la sortie, saignements, œdèmes, nausées, vertiges), n'hésitez pas à joindre la Clinique :

En semaine de 7h30 à 18h, dans le service où vous avez été opéré(e) :

**Niveau 0 : 04.93.06.80.10**

**Niveau 1 : 04.92.98.40.27**

**Niveau 2 : 04.93.06.80.12**

**Niveau 6 : 04.92.98.42.86**

Nuits, week-end, jours fériés : **04.93.06.80.15**



## Etape 8 : EVALUATION DE VOTRE SEJOUR

Afin de participer à l'amélioration de la qualité des soins de notre établissement de santé, votre participation aux enquêtes de satisfaction est essentielle.

Dans les jours suivant votre intervention, vous serez sollicité par email, via la plateforme **Merci Docteur** afin de nous indiquer si vous êtes satisfait ou non de votre prise en charge. Le cas échéant, vous êtes invité à laisser un avis sur la page Google de la Clinique Oxford.

Vous serez également sollicité deux semaines après votre intervention, via l'enquête nationale **E-Satis**. Celle-ci est organisée par le Ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS). Vous recevrez une invitation par email, vous redirigeant vers le questionnaire. Les résultats de cette enquête sont publiés annuellement et sont publics. Vous pourrez les retrouver sur le site internet QualiScope.

## Réclamations/événements indésirables

Si vous rencontrez des difficultés au cours de votre séjour, parlez-en au cadre de santé ou à l'équipe soignante. Vous pouvez aussi vous faire accompagner par nos représentants des usagers. Bénévoles agréés de l'association Rebond Cancer 06, nos représentants ont pour rôle de défendre et de veiller au respect des droits des usagers du système de santé. Vous pouvez les contacter via l'adresse e-mail : [usagers.oxford@sedna-sante.com](mailto:usagers.oxford@sedna-sante.com). Pour de plus amples informations à leur sujet, veuillez-vous référer aux affichages dans votre service ou au livret d'accueil.

Si vous êtes témoin ou victime d'un événement indésirable au cours de votre séjour, vous pouvez le signaler via une fiche de signalement d'événement indésirable à demander au personnel de votre service et à remettre dans les boîtes à questionnaires de satisfaction.

## VOTRE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

### Pour les patients assurés sociaux

Vous devez prendre contact avec votre Mutuelle en lui demandant de vous adresser une prise en charge pour le :  **Forfait participation assuré 24 €**  **Ticket modérateur**  
(Correspondant en général à 20% des frais médicaux)

En lui communiquant les informations suivantes :

**N° FINESS : 060021417 - Discipline : Chirurgie - DMT : 181 - 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 la Clinique Oxford de 24 €, correspondant à la participation de l'assuré ;
- Une copie de votre carte de Mutuelle

### Pour les patients étrangers ou non assurés sociaux

**VOUS AUREZ A REGLER LA TOTALITE DE VOTRE SEJOUR.** Une demande d'acompte de **2000€ (3000€ pour les patients du Dr Renaud)**, en espèces ou par Carte Bleue ou en vous sera demandée, destinée à couvrir les frais probables de l'hospitalisation.

### Pour les patients pris en charge dans le cadre d'une chirurgie esthétique

**Vous devrez effectuer le règlement de votre séjour par carte bancaire ou par chèque.** Dans ce cas, il vous faudra préparer :

- Un **règlement par CB ou espèce pour l'anesthésiste-réanimateur**, correspondant aux compléments d'honoraires non couverts par la Sécurité Sociale, convenus avec ce dernier ;
- Un **chèque à l'ordre de votre praticien**, correspondant aux compléments 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.

*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.*

**Une demande d'acompte de 500€ en ambulatoire** (par chèque à l'ordre de la Clinique 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.

### 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.

*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.*

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

**Tél. Admissions : 04.93.06.80.00 – 04.93.06.80.98**

**Fax Admissions : 04.93.06.79.99**

**Tél. Secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89**

ETIQUETTE PATIENT A COLLER



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS PATIENTS 1

A remettre à la préadmission

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F Date de naissance : .....

N° Sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Mutuelle :  Oui  Non Si oui, préciser : .....

Accident du travail :  Oui  Non Si oui, date : .....

Maladie professionnelle :  Oui  Non

Nom du médecin traitant : .....

Nom du chirurgien : .....

Nature de l'intervention : .....

Côté à opérer :  Gauche  Droit  Non concerné

Date de l'intervention : .....

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

Titulaire de l'autorité : .....

Au cours de la consultation du Dr \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_, il a été convenu que je devais être hospitalisé(e) à la Clinique Oxford, pour y bénéficier \_\_\_\_\_, examen/intervention jugé opportun prévu le \_\_\_\_\_

Le Docteur m'a donné des informations loyales, claires et appropriées, concernant :

- **La nature de ma maladie** et des risques auxquels je serais confronté(e) en l'absence d'intervention ;
- **La nature de l'intervention** proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques y compris vitaux, qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose, non seulement dans les suites, mais aussi à terme pour certaines ;
- **Les autres types de traitements**, s'ils existent, avec leurs bénéfices et leurs inconvénients ;
- Le fait qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un **événement imprévu** nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement ;
- **Le risque infectieux** présent lors de toute hospitalisation et qui plus est lors de toute intervention chirurgicale ;
- **La nécessité de respecter les règles d'hygiène** en vigueur dans l'établissement ;
- **Le montant des honoraires** de l'intervention.

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, techniques 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.

**J'ai eu la possibilité de poser des questions et les réponses apportées ont été complètes et satisfaisantes. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant.** En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

**Signature du patient ou de son/ses représentant(s) précédée de la mention « Lu et approuvé »**

**▲ Patient mineur : Signature par les deux parents**

**Soins par les stagiaires :** La Clinique Oxford est un établissement agréé pour l'accueil de stagiaires (IDE, aide-soignant, administratif). Vous serez donc amené lors de votre parcours de soins si vous l'acceptez, 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 infirmier(e)s.

La Clinique Oxford traite les données nécessaires à votre prise en charge. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice disponible sur le site internet de la Clinique à la rubrique « RGPD » ou demandez-la directement à l'accueil de l'établissement.

Vous allez bénéficier d'un acte sans hospitalisation complète, 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 le secrétariat des anesthésistes de toute modification de votre état de santé en appelant le numéro suivant : 08 05 29 20 00 (appel gratuit).

## 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 bijou, ni objet 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. Si patient mineur, prévoir deux accompagnants pour la sortie.
- 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 semaine de 7h30 à 18h, dans le service où vous avez été opéré(e) :

**Niveau 0 : 04.93.06.80.10 - Niveau 1 : 04.92.98.40.27 - Niveau 2 : 04.93.06.80.12 - Niveau 6 : 04.92.98.42.86**

Nuits, week-end, jours fériés : 04.93.06.80.15

Le lendemain de votre intervention, un IDE 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

**Signature du patient ou de son/ses représentant(s)**

**Nous vous informons que si vous avez un traitement médicamenteux en cours (avec ou sans ordonnance) lors de votre admission dans la Clinique, vous devez impérativement le signaler au personnel infirmier et le lui remettre.**

**En effet, la législation interdit au patient de conserver des médicaments dans sa chambre, toute automédication pouvant entraîner des risques de surdosage et d'interactions médicamenteuses. Vous vous engagez donc à ne conserver aucun médicament avec vous. Ils vous seront restitués lors de votre sortie.**

Le traitement pharmaceutique qui vous est prescrit durant votre séjour est fourni par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de la Clinique. Toutefois, si des médicaments de votre traitement « de ville », maintenus pendant l'hospitalisation, s'avéraient indisponibles et insubstituables, nous nous réserverons la possibilité (jusqu'à réapprovisionnement) d'avoir recours à vos médicaments personnels après vérification de la qualité de ceux-ci.

Pour diminuer le risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments :

- Apportez vos ordonnances ;
- 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, etc. ;
- 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.

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé. 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. **L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est donc interdite.**

Les **signes d'effets indésirables** liés à la prise d'un médicament les plus fréquemment observés sont : *Une somnolence - Une fatigue inhabituelle - Des sensations de malaise ou d'étourdissement - Des vertiges ou même une chute - Des troubles digestifs (nausées, vomissements) - Des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles - Des saignements.* Si 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 du patient ou de son/ses représentant(s)**

Si votre état de santé le nécessite, sans autre alternative thérapeutique, une transfusion sanguine pourrait s'avérer nécessaire.

**Qu'est-ce que la transfusion sanguine ?** La transfusion sanguine est un acte médical réalisé sur prescription. Elle peut vous concerner en cas de manque de globules rouges, de plaquettes ou de facteurs de la coagulation. C'est un traitement qui a largement fait preuve de son efficacité pour de très nombreux patients. La transfusion sanguine répond à des normes règlementaires tant au niveau national qu'euro péen.

Si votre état nécessite un acte chirurgical comportant un risque hémorragique majeur, vous êtes susceptible d'être transfusé. Lors de la consultation d'anesthésie, le médecin définira, avec votre accord, une stratégie transfusionnelle adaptée à votre état de santé.

La transfusion sanguine peut survenir pendant l'opération alors que vous êtes anesthésié. La décision est prise (le bénéfice attendu est supérieur aux risques encourus) car le saignement est très important et/ou mal toléré (chute importante de tension artérielle par exemple). Vous serez informé de cette transfusion dès votre réveil.

Les risques encourus sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile). En raison des progrès de la médecine et des technologies, le risque de contamination virale par les virus des hépatites, le virus du SIDA (VIH) ou d'autres virus est devenu très rare.

**Que faire après une transfusion ?** La recherche d'une contamination virale n'est plus effectuée depuis 2006. En revanche, la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI ou RAE) 4 à 12 semaines après la transfusion est vivement recommandée afin de sécuriser une future transfusion. Si vous avez été transfusé, à votre sortie de l'hôpital, il vous sera remis :

- Un document précisant la date, la nature et le nombre de produits sanguins transfusés ;
- Une ordonnance pour rechercher les anticorps anti-érythrocytaires.

Une lettre de liaison à la sortie mentionnant votre transfusion sera aussi adressée à votre médecin traitant. Il est important de conserver ces documents et de les montrer en cas d'hospitalisation, de nouvelle transfusion ou de changement de médecin traitant.

**Si mon état de santé le nécessite, je déclare avoir été suffisamment informé et consens à recevoir par le médecin une transfusion sanguine ou des produits de santé dérivés du sang :  Oui  Non**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du patient ou de son/ses représentant(s) précédée de la mention « Lu et approuvé »**

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

Tout patient doit obligatoirement désigner une ou des personnes à prévenir au cours de son hospitalisation. Cette dernière est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événements particuliers d'ordre organisationnel ou administratif. Cette personne ne participe pas aux décisions médicales.

Personne à prévenir :  Monsieur

Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile/fixe : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## MA PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT

**J'AUTORISE** le personnel de la Clinique à confirmer ma présence à toute personne (famille, amis, connaissances, ...) qui en ferait la demande.

**JE N'AUTORISE PAS** le personnel de la Clinique à confirmer ma présence à toute personne (famille, amis, connaissances, ...) qui en ferait la demande.

## MES DROITS RELATIFS A LA PROTECTION DE MES DONNEES PERSONNELLES

Nos équipes et vos représentants des usagers, sont formés aux bonnes pratiques de protection des données personnelles. Nous ne collectons, au moment de l'admission et de l'accueil dans les services de soins, que les informations nécessaires à votre prise en charge. Nous sécurisons l'accès, l'intégrité et la disponibilité de votre dossier patient (en papier ou sur les logiciels) par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles. Nous veillons à la conformité des acteurs internes ou externes qui interviennent, sur vos données personnelles, lors de votre parcours patient.

Nous conservons vos données dans le respect de la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi que du Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Vous disposez donc de droits sur vos données – accès, rectification, opposition, limitation, portabilité, effacement – pour plus d'informations, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse email : [dpo@sedna-sante.com](mailto:dpo@sedna-sante.com).

Nous vous informons que la Clinique conserve, pour une durée de 5 ans, une copie de votre pièce d'identité dans votre dossier médical informatisé. Nous vous informons également que votre numéro de téléphone pourra être utilisé à des fins de contact, par SMS ou par appel téléphonique avant et après votre hospitalisation. Enfin, nous utiliserons votre adresse email afin de vous solliciter à participer aux enquêtes de satisfaction Merci Docteur et E-Satis.

### Concernant l'accès à votre dossier et/ou la transmission d'information sur votre santé :

- Les professionnels de santé (médecins de la clinique, médecin traitant ou spécialistes désignés par vous) peuvent échanger des informations nécessaires à la continuité de votre prise en charge. Si vous refusez cette communication à tout ou parties de ces professionnels, précisez leur nom et qualité : \_\_\_\_\_

- **J'accepte que les informations concernant ma santé soient transmises :**

A mes ayants droits en cas de décès :  Oui  Non

Aux titulaires de l'autorité parentale (pour les patients mineurs) :  Oui  Non

A du personnel de la clinique habilité dans le cadre de contrôle visant à améliorer la qualité de la prise en charge :  Oui  Non

## ALIMENTATION DE MON ESPACE SANTE (DMP)

L'alimentation de Mon espace santé (qui s'appuie sur le Dossier médical partagé (DMP)), est obligatoire et systématique. Vous disposez toutefois de la possibilité de vous y opposer pour motif légitime (article R. 1111-47 du CSP). Il convient alors d'en informer nos services lors de votre prise en charge. Par ailleurs, vous disposez de droits élargis pour gérer la confidentialité de vos données. Vous pouvez bloquer un ou plusieurs professionnels de santé (les professionnels bloqués ne peuvent ni alimenter ni consulter votre DMP), masquer tous vos documents en 1 clic ou chaque document unitairement ou encore clôturer son profil Mon Espace Santé à tout moment. En cas de difficulté en lien avec Monespacesanté.com, vous pouvez contacter le 34 22 (Service gratuit + prix de l'appel).



Autorisez-vous la Clinique Oxford à alimenter votre espace santé ?  Oui  Non

## INFORMATIONS RADIOGRAPHIE – RAYON X

Dans le cadre de votre prise en charge, vous êtes susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants. En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes tels que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que du temps d'exposition aux rayons. Ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel. Toutefois, pour les **femmes enceintes**, des précautions doivent être prises systématiquement. **C'est pourquoi il est important de nous signaler si vous êtes ou pouvez être enceinte.**

### SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON/SES REPRESENTANT(S)

En application de la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9, relative aux droits des personnes en fin de vie, le patient majeur 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du patient**

**Je souhaite désigner une personne de confiance**

Monsieur

Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Téléphone mobile/fixe : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

**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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Téléphone mobile/fixe : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

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.

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.

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.

**J'ai des directives anticipées**

Coordonnées de la personne qui les détient :

Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Téléphone mobile/fixe : \_\_\_\_\_ Adresse email : \_\_\_\_\_

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Mes directives anticipées sont disponibles sur Mon Espace Santé (DMP)

**Je n'ai pas de directives anticipées et je souhaite en rédiger** (vous pouvez demander au service de vous fournir le formulaire de rédaction des directives anticipées)

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

**SIGNATURE DU PATIENT**

## COORDONNEES DU PATIENT

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Cette personne est :  Un patient mineur  Un majeur protégé

## AUTORISATION D'OPERER UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTEGE

Je certifie être le représentant légal de la personne désignée ci-dessus et autorise l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique Oxford, à opérer, à anesthésier et à pratiquer les actes liés à l'opération : \_\_\_\_\_

et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris l'anesthésie générale.

### SIGNATURE OBLIGATOIRE DES 2 PARENTS

PERE	MERE	TUTEUR/CURATEUR
NOM : _____	NOM : _____	NOM : _____
PRENOM : _____	PRENOM : _____	PRENOM : _____
Tél. FIXE : _____	Tél. FIXE : _____	Tél. FIXE : _____
Tél. MOBILE : _____	Tél. MOBILE : _____	Tél. MOBILE : _____
Date de naissance : __ / __ / __	Date de naissance : __ / __ / __	Date de naissance : __ / __ / __
SIGNATURE :	SIGNATURE :	SIGNATURE :

### POUR RAPPEL :

- **La signature des deux parents est obligatoire** lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par mail ou voie postale. Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement au plus tard le jour de l'hospitalisation de l'enfant.
- **Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent. Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.**
- Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. **Dans le cas contraire, il est impératif de fournir une copie de la décision lors de votre admission.**
- Le parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.
- **Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.**

## AUTORISATION DE SORTIE D'UN PATIENT MINEUR OU MAJEUR PROTEGE

### PATIENT MINEUR

Je soussigné(e)  Père  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Et/ou  Mère  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Exerçant l'autorité parentale  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Conjointement  Seul(e)  
Sur l'enfant (nom, prénom, date de naissance)  
\_\_\_\_\_

### PATIENT MAJEUR PROTEGE

Je soussigné(e)  Tuteur  Curateur  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
  
Agissant en tant que représentant légal du patient  
(nom, prénom, date de naissance)  
\_\_\_\_\_

Assure prendre en charge le patient pour sa sortie du service

Décide de confier le patient pour sa sortie du service :

A Monsieur / Madame (nom, prénom) : \_\_\_\_\_  
en qualité de :  Grand-Parent  Frère/Sœur  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Faire compléter à la personne concernée le cadre ci-dessous**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

## A COMPLETER PAR LES PERSONNES DESIGNEES PAR L'AUTORITE PARENTALE

Je soussigné(e) (nom, prénom) : \_\_\_\_\_  
Agissant en qualité de :  Grand-Parent  Frère/Sœur  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
Assure la prise en charge du patient (nom, prénom) : \_\_\_\_\_  
A sa sortie de la Clinique le : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

Le patient est le demandeur des prestations

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

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

**Fournir copie décision de justice tutelle/curatelle et pièce d'identité**
**PRESTATIONS HOTELIERES DEMANDEES**

	Prestation	Tarif	Date acceptation
<input type="checkbox"/>	<b>Box Particulier</b> 6 <sup>ème</sup> étage	50€ / Jour	
<input type="checkbox"/>	<b>Chambre particulière</b> esthétique	120€ / Jour	
<input type="checkbox"/>	<b>Wi-Fi</b>	Forfait jour : 5€	

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

 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)

Le patient
Date :
Signature :

Représentant du patient (Tuteur -Curateur- Parent)
Date :
Signature :

Il vous est tout à fait possible de demander ces prestations en cours de séjour. Pour cela, merci de vous adresser aux infirmiers de votre service.

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

**Tél. Admissions : 04.93.06.80.00 – 04.93.06.80.98**

**Fax Admissions : 04.93.06.79.99**

**Tél. secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89**

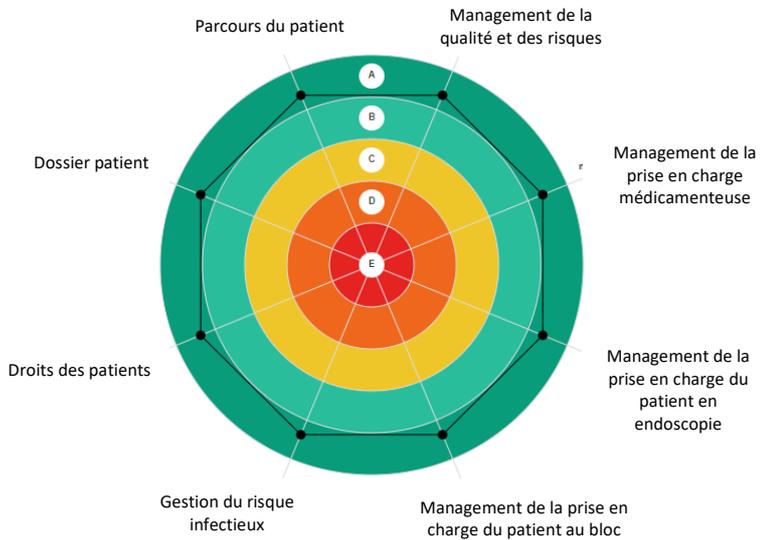
### Certification pour la qualité et la sécurité des soins

Le niveau de certification de l'établissement est décidé par la Haute Autorité de Santé, à l'issue d'une évaluation externe. Il donne une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.



Certification (A)

Date de certification : 01/11/2017



Résultats de la certification de la clinique Oxford

## INDICATEURS CAMPAGNE 2024

Pour vous informer de la satisfaction et de l'expérience des patients

Thème	Résultat	Evaluation Campagne précédente	Répartition nationale des établissements par niveau
<p><b>Appréciation globale des patients (MCO)</b></p> <p>Après leur hospitalisation les patients sont invités à répondre à un questionnaire de satisfaction et d'expérience qui est commun à tous les établissements de santé</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>64.3%</b> des patients hospitalisés recommanderaient certainement cet établissement  255 évaluations         </div>		<p>-&gt; Stable</p>	
<p><b>Appréciation globale des patients (Chirurgie Ambulatoire)</b></p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>67.0%</b> des patients hospitalisés recommanderaient certainement cet établissement  2134 évaluations         </div>		<p>-&gt; En progrès</p>	
<p><b>Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de hanche</b></p> <p>Cet indicateur mesure les infections du site opératoire 3 mois après la pose d'une prothèse totale de hanche. La survenue de ces infections est-elle supérieure à ce qui est attendu dans l'établissement ?</p>		<p>Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu</p>	
<p><b>Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de genou</b></p> <p>Cet indicateur mesure les infections du site opératoire (ISO) 3 mois après pose d'une prothèse totale de genou. La survenue de ces infections est-elle supérieure à ce qui est attendu dans l'établissement ?</p>		<p>Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu</p>	
<p><b>Consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA)</b></p>		<p>-&gt; Stable</p>	

**INDICATEURS HOSPITALISATION CAMPAGNE 2024**  
Pour vous informer de la qualité du dossier patient

Thème	Résultat	Evaluation Campagne précédente	Répartition nationale des établissements par niveau
<p><b>Coordination des prises en charge : Qualité de la lettre de liaison à la sortie – Hospitalisation</b></p> <p>Cet indicateur mesure la qualité de la lettre de liaison, remise au patient à la sortie et adressée au médecin traitant. Elle est un élément clé pour assurer une bonne coordination hôpital/ville</p>	93 / 100	-> Stable	
<p><b>Prise en charge de la douleur</b></p> <p>Cet indicateur mesure l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients hospitalisés en médecine et en chirurgie par l'équipe soignante</p>	96 %	-> En progrès	
<p><b>Prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse</b></p> <p>Cet indicateur mesure le taux de patients hospitalisés pour lesquels des antibiotiques ont été prescrits pour une durée de 7 jours maximum, ou plus si justifiée, pour une infection respiratoire basse</p>	100 %	Campagne 2023	
<p><b>Évènements thrombo-emboliques après pose d'une prothèse totale de genou</b></p> <p>Cet indicateur mesure la survenue de caillots de sang dans les veines ou les poumons pendant l'hospitalisation après une prothèse totale de genou. La survenue de ces évènements indésirables est-elle supérieure à ce qui est attendu dans l'établissement ?</p>		Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu	
<p><b>Évènements thrombo-emboliques après pose d'une prothèse totale de hanche</b></p> <p>Cet indicateur mesure la survenue de caillots de sang dans les veines ou les poumons après une prothèse totale de hanche. La survenue de ces évènements indésirables est-elle supérieure à ce qui est attendu dans l'établissement ?</p>		Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu	

**INDICATEURS AMBULATOIRE CAMPAGNE 2024**  
Pour vous informer de la qualité du dossier patient

Thème	Résultat	Evaluation Campagne précédente	Répartition nationale des établissements par niveau
<p><b>Coordination des prises en charge : Qualité de la lettre de liaison à la sortie – Ambulatoire</b></p> <p>Cet indicateur mesure la qualité de la lettre de liaison, remise au patient à la sortie et adressée au médecin traitant. Elle est un élément clé pour assurer une bonne coordination hôpital/ville</p>	91 / 100	-> Stable	
<p><b>Evaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention</b></p> <p>A l'admission, l'établissement doit vérifier le respect des consignes (jeûne, douche...), ce qui permet de s'assurer de l'éligibilité du patient à son intervention comme prévu</p>	66 %	-> En baisse	
<p><b>Anticipation de la prise en charge de la douleur</b></p> <p>Il est souhaitable que dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie, les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient et que les modalités de leur prise soient expliquées</p>	28 %	-> En progrès	
<p><b>Evaluation du patient pour la sortie de la structure</b></p> <p>Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie. L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins</p>	100 %	-> En progrès	
<p><b>Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3</b></p> <p>Le contact entre J+1 et J+3 permet de réitérer les consignes post-opératoires, de dépister d'éventuelles complications ou effets indésirables, d'améliorer la satisfaction du patient et de contribuer à réduire les ré-hospitalisations précoces</p>	82 %	-> En progrès	
<p><b>Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après cholécystectomie (Campagne 2023)</b></p> <p>Cet indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours</p>		Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu	

**INDICATEURS AMBULATOIRE CAMPAGNE 2024**  
Pour vous informer de la qualité du dossier patient

<p><b>Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après intervention pour affection non lithiasique (Campagne 2023)</b> Cet indicateur permet d'identifier les causes des ré-hospitalisations non programmées qui sont potentiellement évitables, et de mettre en place des actions d'amélioration efficaces, au bénéfice du service rendu aux patients</p>	<p>✓ Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu</p>	
<p><b>Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après intervention sur les amygdales (Campagne 2023)</b> Cet indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cibles</p>	<p>✓ Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu</p>	
<p><b>Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après hémorroïdectomie (Campagne 2023)</b> Cet indicateur exprimé sous forme de ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours dans la population de séjours cible</p>	<p>✓ Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu</p>	

### MISE EN PLACE DE LA CDU

En application des dispositions de l'article L1112-3 du Code de la Santé Publique, du décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 et du décret n°2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016, il est constitué au sein de la Clinique Oxford une Commission des Usagers (désignée CDU).

### CHAMP D'APPLICATION ET MISSIONS DE LA CDU

La CDU de la Clinique Oxford est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose au sein de la Clinique. Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ; le nombre de demandes de communication d'informations médicales, ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ; Une présentation des événements indésirables graves survenus dans l'établissement ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie annexés au livret d'accueil ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels mettant en cause la Clinique.

### FONCTIONNEMENT DE LA CDU

La Commission se réunit une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations.

### COMPOSITION DE LA CDU

Le représentant légal de l'établissement, le responsable qualité,  
Un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement,  
Un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement,  
Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par l'ARS dans les conditions prévues à l'article R1112-83,

### PARTICIPANT A LA CDU

Le représentant légal de l'établissement ou le président assiste aux réunions de la Commission avec voix consultative.  
Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

### MODALITES DE SAISIE DE LA CDU

Tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

En cas d'impossibilité, ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a, soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins.

Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement est transmise à son représentant légal qui y répond dans les meilleurs délais.

### RENCONTRE PLAIGNANT – MEDiateUR

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. S'il souhaite consulter le dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal, ou de ses ayants droits en cas de décès. A l'issue de cette rencontre, le médiateur rédige un compte-rendu qui est transmis au président de la Commission, à ses membres, et au plaignant.

### AVIS DE LA COMMISSION

Au vu du compte-rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré le plaignant, la Commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Le représentant légal de l'établissement répond ensuite à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la Commission. Les membres de la Commission sont informés des suites données au dossier. La Commission est chargée d'élaborer un rapport annuel d'activité. Ce rapport est transmis à la conférence médicale, et à l'ARS sur leur demande.

### OBLIGATIONS DES MEMBRES DE LA CDU

Le secret professionnel : conformément aux dispositions de l'article 21.6-13 du Code Pénal, les membres de la Commission sont tenus à l'obligation de secret professionnel.

Le secret médical et la vie privée : le rapport d'activité de la Commission ne comporte que des données anonymes.

De plus, l'accès au registre des réclamations s'effectue dans le même respect du secret médical et de la vie privée.

---

### COMPOSITION DE LA C.D.U.

Madame MALLEVIALLE Marie-Françoise  
Docteur PORTMANN Alexandre  
Docteur CIAMPI Domenico  
Mr BERNUCHON Guillaume  
Mme PELLEGRINO Lucie

Président de la CDU  
Médiateur médecin  
Médiateur médecin suppléant  
Médiateur non médecin  
Médiateur non médecin suppléant

Mme Huguette VAYSSIERES

Mme Laurence NOEL

Mme Marie-Christine LITEZ

Représentant des usagers, titulaire – REBOND CANCER06 - Tél. : 06 10 24 70 03

Représentant des usagers, titulaire – JALMALV Alpes-Maritimes – Tél : 06 11 35 77 59

Représentant des usagers, suppléante – REBOND CANCER06 - Tél. : 06 10 24 70 03

Vous pouvez contacter la CDU par email : [usagers.oxford@sedna-sante.com](mailto:usagers.oxford@sedna-sante.com)