ETIQUETTE PATIENT

[Cadre réservé à la Clinique]

NUMERO DE PRE-ADMISSION :

Nom de Naissance : _____

Nom d'Usage : _____

Prénom : _____

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

Poids : _____kg Taille : _____cm

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

N° Sécurité sociale : _____

Accident de travail : ☐ non ☐ oui

Nom du Médecin Traitant : Dr_____

Nom du Chirurgien : Dr _____

Type d'intervention prévue : _____

COTE A OPERER : ☐ G ☐ D ☐ N.C

Intervention prév __/__/____ à __h__

PASSEPORT AMBULATOIRE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) à l'Hôpital Privé Cannes Oxford.
Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.
Vous devez lire et compléter les différents documents composants ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans notre établissement.

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

Les pages bleues doivent obligatoirement être toutes signées.
Vous ne serez pas admis au bloc opératoire sans ce passeport complété et signé.

AVANT VOTRE HOSPITALISATION *VOUS DEVREZ :*

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

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

Avant votre hospitalisation vous devez :

☐ Respecter les consignes d'hygiène et le jeûne pré opératoire

☐ Revenir avec le passeport ambulatoire

☐ Prévoir vos conditions de retour à domicile

A DOMICILE, ORGANISEZ-VOUS

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

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

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

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

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

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

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

La veille au soir **et** le lendemain, avant de partir de chez vous, **prenez une douche**, si possible avec un savon désinfectant, type « bétadine » **(sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)**, selon la prescription médicale. Procéder à une dépilation si nécessaire (suivez les recommandations de votre passeport ambulatoire : épilation ou tonte, le rasage est interdit).

LE MATIN DE L'INTERVENTION

Veuillez appliquer attentivement les consignes données dans le dossier de pré-admission :
Prenez une douche avec le reste du flacon utilisé la veille (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie). Cette procédure est indispensable pour diminuer les risques d'infection.
Brossez-vous soigneusement les dents
Ne mettez ni maquillage, ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles (sauf avis contraire de votre anesthésiste), ni bijoux, ni verres de contact.

PREPARATION CUTANEE *PRE-OPERATOIRE*

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

LA DOUCHE PRE-OPERATOIRE AU SAVON ANTISEPTIQUE (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)

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

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

- une 1ière douche, à votre domicile, la veille de votre intervention,
- une 2ième douche, à votre domicile, le matin de votre intervention.

LA DEPILATION

INTERDICTION ABSOLUE D'UTILISER UN RASOIR MECANIQUE A LAME METALLIQUE (TYPE BIC).
Vous ne devez en aucun cas vous raser le site opératoire. Si vous vous êtes rasé votre intervention sera reportée.
Seule la dépilation à la cire est autorisée si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention.
Attention aux réactions allergiques si vous utilisez la cire pour la première fois (réaliser un test)
Dans le cas où vous ne pouvez prendre en charge votre dépilation, elle sera réalisée par l'équipe soignante avec une tondeuse.
Pour les personnes ayant l'habitude de se servir d'un rasoir dans un but esthétique, ne plus l'utiliser 8 JOURS avant l'intervention *(les microlésions représentent un risque infectieux majeur lors du geste chirurgical).*

COMMENT PROCEDER A VOTRE DOUCHE PRE OPERATOIRE ? (sauf pour les patients devant bénéficier d'une coloscopie gastroscopie)

1. **Mouiller soigneusement l'ensemble du corps, les cheveux compris**
   A noter : les cheveux seront lavés uniquement lors de la 1ère douche
   La bétadine® est un savon liquide qui ne colore ni la peau ni les cheveux.

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

3. **Se sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres**
   Après la 1ère douche, la veille de l'intervention, vous devez vous coucher dans une literie propre.
   Procéder de la même façon pour la 2ème douche.

Nous vous demandons d'entrer en clinique :

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

DOCUMENTS A APPORTER LE JOUR DE VOTRE ADMISSION

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

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

VOTRE ARRIVEE SUR L'ETABLISSEMENT

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

TOUS LES PATIENTS D'AMBULATOIRE sont invités à se présenter au bureau des admissions/sorties **au niveau A du bâtiment D.**

L'accueil du niveau A est ouvert :

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

REGLEMENTS

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

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

"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".

LA PRISE EN CHARGE *FINANCIERE*

Pour les patients assurés sociaux :

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

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

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

En lui communiquant les informations suivantes :
N° FINESS : 060021417 - Discipline : Chirurgie - DMT : 137 - Fax Admissions : 04 93 06 79 99

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

Vous devrez justifier de la prise en charge de votre Mutuelle à 100%

A défaut de prise en charge mutuelle vous devrez fournir :

- Un chèque à l'ordre de SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD) de 24 €, correspondant à la participation de l'assuré ;
- Une copie de votre carte de Mutuelle

Pour les patients étrangers ou non assurés sociaux :

A défaut de présenter une garantie de prise en charge par votre Assurance Privée ou Mutuelle, **VOUS AUREZ A REGLER LA TOTALITE DE VOTRE SEJOUR.**
Dans tous les cas, une demande d'acompte de 2000€ (par chèque à l'ordre de la **SAS CLINICA ou HPC OXFORD (HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD)** par Carte Bleue ou en espèces), vous sera demandée, destinée à couvrir les frais probables de l'hospitalisation.

Pour plus d'informations sur le règlement, merci de contacter :
Tél. Admissions : 04.93.06.80.00 – 04.93.06.80.98 Fax Admissions : 04.93.06.79.99
Tél. secrétariat d'anesthésie : 04.92.98.42.94 - 04.93.06.80.89

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 règlementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins*

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

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

Le jour de votre intervention, il est nécessaire que :

- Vous soyez en possession des résultats des examens demandés. N'oubliez pas vos radios, scanners et bilans biologiques,
- **Vous soyez accompagné(e) d'un adulte responsable (un seul accompagnant par patient).**

Cas d'un majeur protégé :

Si l'hospitalisé(e) est un majeur protégé, il (elle) devra être accompagné(e) du tuteur ou curateur justifiant de ses droits sur la personne. L'autorisation d'opérer devra également être signée par le tuteur.

Après l'intervention, à la sortie de la salle de réveil, vous retrouverez votre box, où une collation vous sera servie. Vous pourrez quitter le service à la suite d'une surveillance de quelques heures, selon les consignes de votre chirurgien et/ou du médecin anesthésiste.

OBJETS PERSONNELS ET RECOMMANDATIONS

Retirer vos bijoux ou piercings. Pas de maquillage, crème de soin.
Pas de vernis à ongle et pas de faux ongles – *sauf avis contraire de votre anesthésiste*
Prévoir vos étuis pour lunettes, appareils auditifs/dentaires.
Nous vous recommandons également de ne pas apporter de valeurs.
Si malgré nos recommandations vous êtes amenés à venir sur notre établissement avec un objet de valeur, nous vous demanderons de les laisser dans le coffre à disposition dans le box ambulatoire.
La clinique ne saurait être responsable d'éventuels vols ou pertes.

APRES *VOTRE INTERVENTION*

L'équipe médico-soignante se réserve le droit, selon votre état de santé ou votre heure de sortie du bloc opératoire, de vous garder hospitalisé.
L'heure de sortie est décidée par l'anesthésiste et/ou le chirurgien qui s'est occupé de vous. Le praticien vous remettra les prescriptions nécessaires à votre retour à domicile et vous expliquera les modalités de suivi post-opératoire, en collaboration avec votre médecin traitant.

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

PRECAUTIONS A PRENDRE *JUSQU'AU LENDEMAIN*

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

APPEL DU LENDEMAIN

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

EN CAS DE PROBLEME

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

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS CONDUIRE A NOUS CONTACTER IMMEDIATEMENT

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

En ce cas contactez-nous en téléphonant :

- **<u>En semaine de 7h30 à 18h</u>, dans le service où vous avez été opéré :**
  - **Niveau 0 : 04.93.06.80.10**
  - **Niveau 1 : 04.92.98.40.27**
  - **Niveau 2 : 04.93.06.80.12**
  - **Niveau 3 : 04.93.06.80.13**

- **<u>Nuits – Week-end – Fériés</u> : 04.93.06.80.15**

CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL *EN CHIRURGIE*

A signer en bas de page

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

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

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

D'un commun accord, nous avons convenu :

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

Je reconnais avoir été informé(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'**un évènement imprévu** nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.
Je reconnais que dans ces conditions, vous pouvez être amené à effectuer tout acte que vous estimerez nécessaire et pratiquer dans mon intérêt **une méthode opératoire différente** de celle proposée en consultation.
Je comprends que si l'intervention doit se dérouler en chirurgie vidéo assistée (cœlioscopie, arthroscopie, thoracoscopie, cystoscopie, etc.…) ou mini-invasive (vaginale, urétrale, technique endovasculaires, etc.…), vous pouvez être amené à pratiquer **une chirurgie ouverte dans certains cas**.
De la même façon je suis conscient qu'il existe un risque exceptionnel d'une lésion d'un organe du voisinage (nerveux, osseux, digestif, urinaire, ou vasculaire), voire même des risques inconnus.
Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte **un pourcentage de complications**
et risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e) mais également à des variations individuelles, pas toujours prévisibles. Je reconnais à ce titre avoir été informé(e) que le **tabac**, l'**alcool**, une **maladie de système**, des **pratiques diététiques** individuelles ou **le non-respect des consignes post-opératoires** peuvent affecter gravement ma cicatrisation ou être à l'origine de complications.

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

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

Date Signature :

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

A signer en bas de page

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

Né(e) le : ……

Reconnaît avoir reçu du docteur *(NOM, Prénom)* : ……

Toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant :

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

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

Atteste m'engager à réaliser la préparation prescrite.

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

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

Fait à: _____ Le: |_.|_.|_.|

SIGNATURE:

(Précédée de la mention : ***« lu et approuvé »)***

Soins par les stagiaires

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

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

A signer en bas de page

Votre entrée à la Clinique est pré[illegible] à _____ heures pour subir un acte sans hospitalisation sous anesthésie générale ou loco régionale.
Il est important de lire attentivement ces recommandations et de demander toute explication complémentaire que vous souhaiteriez obtenir.

AVANT L'ANESTHESIE

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

LE JOUR DE L'ANESTHESIE

- En ce qui concerne le jeûne et votre traitement habituel, vous devez scrupuleusement respecter les consignes qui vous ont été données par votre anesthésiste.
- N'utilisez ni maquillage, ni vernis à ongles, ni faux ongles, sauf avis contraire de votre anesthésiste. Evitez les verres de contact.
- N'apportez ni bijoux, ni objets de valeur

APRES L'ANESTHESIE

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

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS CONDUIRE A NOUS CONTACTER IMMEDIATEMENT

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

- **En ce cas contactez-nous en téléphonant dans le service où vous avez été opéré :**
- **<u>En semaine de 7h30 à 18h</u> : Niveau 0 : 04.93.06.80.10 - Niveau 1 : 04.92.98.40.27 – Niveau 2 : 04.93.06.80.12 - Niveau 3 : 04.93.06.80.13**
- **<u>Nuits – Week-end – Fériés</u> : 04.93.06.80.15**

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

NOM DU PATIENT : _____ **SIGNATURE :**

INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE DE MEDICAMENTS
AU COURS DE L'HOSPITALISATION

QUELS SONT LES RISQUES INDUITS PAR LA PRISE D'UN MEDICAMENT ?

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables liés au produit lui-même, quand sa concentration est trop importante dans votre organisme ou quand vous réagissez anormalement en sa présence.
Les effets indésirables peuvent aussi être liés à une erreur d'utilisation d'un médicament. Ils peuvent survenir si vous ne respectez pas les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante, par exemple, si vous modifier vous-même votre traitement ou si vous prenez un autre médicament sans demander leur avis.
La prise de nombreux médicaments majore par ailleurs considérablement le risque de survenue d'effets indésirables. Des études* ont montré que vous êtes particulièrement susceptible d'avoir des effets indésirables liés à la prise d'un médicament si vous avez :

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

PEUT-ON EVITER LES EFFETS INDESIRABLES LIES A LA PRISE DE MEDICAMENTS ?

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

COMMENT POUVEZ-VOUS DIMINUER LE RISQUE D'EFFETS INDESIRABLES LIES A LA PRISE DE MEDICAMENTS ?

- Pensez à emporter avec vous vos ordonnances.
- Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (y compris les collyres, les pommades, les compléments alimentaires …)
- Vous ne devez pas prendre de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus en ville sans ordonnance.
- Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise …
- N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

POURQUOI EST-IL DANGEREUX DE PRENDRE DES MEDICAMENTS SANS L'AVIS DU MEDECIN OU DE L'EQUIPE SOIGNANTE ?

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.
En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

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

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

QUELS SONT LES MEDICAMENTS LES PLUS A RISQUE ?

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

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

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

QUELS SONT LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER SUR UN EFFET INDESIRABLE LIE A LA PRISE D'UN MEDICAMENT ?

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

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

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE LORSQUE VOUS SUSPECTEZ UN EFFET INDESIRABLE LIE A LA PRISE D'UN MEDICAMENT ?

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

Je déclare avoir reçu l'information concernant :

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

Fait à _____, le

Signature

PERSONNE A PREVENIR - *PERSONNE DE CONFIANCE*

A signer en bas de page

LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

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

Personne à prévenir :

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

Cette personne est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

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

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

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

Cette personne est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

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

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

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

Cette personne est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

Fait à : Le : |_|_|_|_|_|_|

Signature du patient

Signature **de la personne de confiance**

AUTORISATION D'OPERER D'UN *MAJEUR SOUS TUTELLE*

A signer en bas de page

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

Identité de l'incapable majeur
Nom : _____Prénom :_____ Date de naissance :
La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance :
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la POLYCLINIQUE OXFORD à l'opérer de
et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention.

Le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Le tuteur
A _____, le Signature

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

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

Identité de l'incapable majeur
Nom : _____Prénom : _____ Date de naissance : __/__/____
Le tuteur
A _____, le Signature

Nous autorisons le cadre de l'unité de soins de la POLYCLINIQUE OXFORD, où est pris en charge le patient, à remettre l'incapable majeur cité ci-dessus à :

Nom : ……

Prénom : ……

Qualité : ……

Adresse :…… ……

Téléphone : ……