

Ce document permet une démarche administrative accélérée

A RETOURNER AU PLUS TARD 4 JOURS AVANT LA DATE D'ENTREE A LA CLINIQUE :

- Directement au secrétariat des admissions (téléphone 04.74.53.80.01 / fax : 04.74.53.75.04)
- Par mail : preadmission@clinique-trenel.com
- Par courrier : 575 rue du Dr Trénel, 69560 Sainte-Colombe

Avec les éléments suivants :

- ✓ Ce document **demande d'admission** dûment rempli et signé
- ✓ 2 photocopies d'une **pièce d'identité valide** (carte d'identité -CNI-, passeport, livret de famille pour les mineurs si absence de CNI, carte de séjour pour les étrangers)
- ✓ La **carte vitale** pour les patients se présentant à la clinique **ou** l'attestation de droits de la sécurité sociale si envoi par mail ou courrier
- ✓ Pour les patients mineurs ou majeurs sous tutelle :
 - 2 photocopies de la **carte d'identité** du **mineur** ou de la **personne sous tutelle**
 - 2 photocopies de la **carte d'identité** des **2 représentants légaux** ou du **tuteur légal**,
 - **Livret de famille** (page des parents + page de l'enfant)
- ✓ 2 photocopies de votre **carte de mutuelle recto/verso**
Faire votre demande de prise en charge hospitalière à votre mutuelle afin de bénéficier du 1/3 payant → par fax : 04.74.53.75.04 ou par mail : preadmission@clinique-trenel.com

Information pour votre mutuelle :

N° FINESS 690 780 663 – Code Discipline Médico-Tarifaire (DMT) : 181

- ✓ Le **devis du chirurgien et de l'anesthésiste**, daté et signé
- ✓ **En cas d'accident de travail**, l'attestation de la déclaration d'accident de travail

Éléments à rapporter le jour de l'entrée :

- ✓ Le **consentement éclairé** du chirurgien et/ou de l'anesthésiste, complété et signé
- ✓ **Document préparation préopératoire**, complété et signé

PARTIE A COMPLETER PAR LE SECRETARIAT MEDICAL

Date d'entrée prévue :/...../..... à h

Chirurgien / Spécialiste :

Ambulatoire Hospitalisation complète Soins Externes Chimiothérapie

Chambre seule demandée : OUI NON

Livret d'accueil donné en version papier : OUI NON, version en ligne souhaitée par le patient

PARTIE A COMPLETER PAR LE PATIENT

IDENTITE PATIENT

Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance : Sexe : Homme Femme

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Département :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

SITUATION ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

S'agit-il d'un accident de travail ?*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de l'accident :/...../.....
S'agit-il d'une maladie professionnelle ?*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de l'accident :/...../.....
S'agit-il d'une affection longue durée (ALD) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Si oui, fournir impérativement le justificatif correspondant (déclaration accident, ...)*

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant :

Adresse :

ENGAGEMENT A PAYER

Je m'engage à régler les frais de séjour, les honoraires médicaux restants à ma charge et les frais éventuels de prestation hôtelière (chambre).

Un acompte vous sera réclamé à l'admission selon votre choix hôtelier :

Prière de prendre connaissance de la fiche des tarifs et les différentes prestations hôtelières (disponibles sur notre site internet) pour communiquer votre choix hôtelier. Les chambres seules sont soumises à la disponibilité lors de votre entrée.

Choix hôtelier :

ARGENT – OBJET DE VALEUR

Je certifie avoir été invité(e) à n'apporter aucun objet précieux m'appartenant. La clinique décline toute responsabilité en cas de détérioration ou disparition.

DROIT A L'INFORMATION

Je reconnais avoir été informé(e) des modalités d'exercice du droit d'accès à mon dossier médical ou celui du malade que je représente.

J'autorise l'utilisation de mon adresse mail et numéro de téléphone portable dans le cas de ma prise en charge soignante et administrative.

Je suis informé(e) du traitement informatique de mes données personnelles.

Date et signature obligatoires :

Le/...../.....



DEMANDE D'ADMISSION
DROITS ET INFORMATIONS

ENRE DPA 037

VERSION 01

06/01/2021

Nom : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi du 4 mars 2002, le patient peut désigner une personne de confiance. Parmi ces missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation mais il est possible de révoquer cette décision à tout moment.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : Prénom(s) :

Téléphone : Lien de parenté :

Date et signature obligatoires :

Signature patient :

Le/...../.....

Signature personne de confiance :

Le/...../.....

PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif (transfert, ...). Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

Je ne souhaite pas désigner de personne à prévenir

La personne à prévenir est la personne de confiance

La personne à prévenir est différente de la personne de confiance :

Nom : Prénom(s) :

Téléphone : Lien de parenté :

DIRECTIVES ANTICIPEES - Facultatif

Les directives anticipées permettent de faire **connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer** (par exemple lors d'un état d'inconscience prolongé et jugé définitif). Elles expriment **vos volontés** concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement et de gestes médicaux destinés à vous traiter ou à faire un diagnostic avant traitement. Elles sont valables **sans limite de temps** mais elles peuvent être **modifiées ou annulées à tout moment**. Elles priment sur les souhaits de la famille, en cas de souhaits contradictoires.

Attention : lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation préalable du juge ou du conseil de famille est nécessaire. Le tuteur ne peut ni l'assister, ni la représenter pour les rédiger.

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Directives anticipées :

.....
.....
.....

J'ai remis mes directives anticipées à (nom, prénom et n° de téléphone) :

.....

Je n'ai pas de directives anticipées

Pour vous aider dans votre démarche, parlez-en à votre praticien et/ou soignants.

PARTIE A COMPLETER POUR LES PATIENTS MINEURS OU SOUS TUTELLE

MINEUR ET PATIENT SOUS TUTELLE : AUTORISATION D'OPERER

Identité patient mineur ou sous tutelle :

Nom : Prénom(s) :
 Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....
 Intervention : Date de l'intervention :/...../.....

Pour les patients mineurs :

Ce document doit être obligatoirement signé par les deux titulaires de l'autorité parentale.
 A défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devrez en apporter la preuve (livret de famille, attestation de jugement).

Représentant légal 1 :

Nom :
 Prénom :
 Fait le :/...../.....
Signature :

Représentant légal 2 :

Nom :
 Prénom :
 Fait le :/...../.....
Signature :

L'article 372-2 du code civil précise : Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentant légaux. Les parents exercent en commun l'autorité parentale.

Pour les sous tutelle ou curatelle :

Tuteur légal :

Nom :
 Prénom :
 Fait le :/...../.....
Signature :

MINEUR ET PATIENT SOUS TUTELLE : AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné

Représentant légal 1 Représentant légal 2 Tuteur légal

Autorise l'enfant ou la personne sous tutelle à être remis à la sortie de l'hospitalisation à :

Nom, prénom et lien de parenté :

(Joindre la photocopie d'une pièce d'identité)

Annexe : document pour la préparation préopératoire.