

Préparer son intervention à la clinique Geoffroy-Saint-Hilaire en service d'Hospitalisation

Vous allez être accueilli(e) à la clinique Geoffroy-Saint-Hilaire, un établissement du groupe RAMSAY Général de Santé.

Nous allons tout mettre en œuvre pour le bon déroulement de votre séjour.

Notre priorité est de vous accorder la meilleure attention et d'assurer la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

Toute l'équipe de Geoffroy-Saint-Hilaire est à votre écoute et vous pouvez nous joindre au :

0826-308-408 (0,15€/min – serveur vocal)

Lors de votre consultation d'anesthésiste veuillez vous **présenter avec les formulaires ci-joints remplis par vos soins.**

Document à ne pas oublier :

- **Pièce d'identité**
- **Carte Vitale et Carte mutuelle**
- **Le volet d'accident du travail** (en cas d'accident du travail)

La pièce d'identité :

Ce document est exigé pour garantir nos règles d'identitovigilance.

La carte vitale :

A jour de vos droits, la carte vitale demeure être un document indispensable pour permettre à l'établissement de pratiquer le tiers payant et de vous éviter de faire l'avance des frais.

Pensez à vérifier auprès de caisse primaire d'assurance maladie que vos droits de sécurité sociale sont bien ouverts.

La prise en charge hospitalière est délivrée par votre Mutuelle :

Ce document est indispensable pour permettre à l'établissement de pratiquer le tiers payant avec votre mutuelle :

Le numéro FINESS de l'établissement : **750300071**

Le Code de Discipline : **137**

Les renseignements à obtenir portent sur :

- **Ticket Modérateur**
- **Forfait journalier**
- **Participation assuré**
- **Chambre particulière**
- **Frais accompagnant**
- **Dépassement d'honoraire**

Pour accéder à la clinique:

**59 rue Geoffroy Saint Hilaire,
75005 Paris**

Avec le métro : 

7 Jussieu ou Place Monge

10 Jussieu

Avec le bus : 

89 Monge ou Jussieu

47 Monge

27 Claude Bernard



Nous prenons soin de vous

Clinique
Geoffroy Saint-Hilaire
59 rue Geoffroy Saint-Hilaire
75005, Paris
Tél. : 0826 308 408
www.cliniquegeoffroysainthilaire.fr

Clinique Geoffroy Saint-Hilaire

○ Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses 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.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut-être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS – Haute Autorité de Santé

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / À :

Désigne une personne de confiance :

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

Si Oui, remplir le cadre suivant :

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :		Adresse :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :		Fax :	
Téléphone(s) :		e-mail :	

Cette personne de confiance est :

<input type="checkbox"/> Un proche	<input type="checkbox"/> Un parent	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant
majeure :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. ; En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée.
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf mandat exprès de ma part en ce sens

Fait le : / / à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin N°1 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms:

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

Témoin N°2 : Je soussigné(e) :

Nom et prénoms:

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait à : Le :

Signature :

A remplir par l'équipe soignante : le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée

Nom du soignant : Fait le : .../.../..... Signature :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

<p>Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Fait le : / / à :</p> <p>Signature :</p>
--



Nous prenons soin de vous

Docteur.....

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Au cours de la consultation avec le **Docteur** le, il a été convenu que je devais être opéré(e) à la Clinique Geoffroy Saint Hilaire le

Le **Docteur** m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible s'il ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels, y compris infectieux, de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un événement imprévu pourrait conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le **Docteur** y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à Paris, en double exemplaire, le

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Signature :

Ce document doit être remis, signé par vos soins, lors de votre admission.