

Pour vous permettre d'exercer vos droits et nous permettre de protéger vos données personnelles, l'établissement souhaite recueillir vos consentements administratifs relatifs à :

Conserver un double de votre carte d'identité			Oui	Non
Pourquoi	Limiter les risques liés à l'identification différente d'un même usager pendant votre séjour.	Autorisez-vous la clinique à scanner votre titre d'identité pour le conserver dans votre dossier médical ?		
Qui	Le scan d'une pièce d'identité est destiné aux personnels en charge de votre parcours : admission, soin, facturation, qualité, direction.			
Quand	Nous la conserverons dans votre dossier médical, archivé selon l'article R.112-7 du code de la santé publique.			
Echanger avec votre adresse mail			Oui	Non
Pourquoi	Nous souhaitons nous assurer de votre satisfaction pendant votre séjour. Nous modernisons nos services et vous proposons un formulaire en ligne sur la plateforme Merci Docteur.	Autorisez-vous Merci Docteur à vous envoyer une enquête satisfaction via votre adresse mail ?		
Qui	Le service qualité, le service communication, la direction.			
Quand	Votre formulaire est conservé 2 ans.			
Envoyer votre adresse mail			Oui	Non
Pourquoi	Dispositif national qui évalue la satisfaction et l'expérience patient : enquête e-satis.	Autorisez-vous la clinique à envoyer votre adresse mail à la Haute Autorité de Santé pour répondre à une enquête satisfaction nationale ?		
Qui	La Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante développant la qualité des établissements de santé.			
Quand	Votre mail est conservé 12 semaines.			

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, **vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition** aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant **au directeur de l'établissement**.

Vos données sont stockées avec des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adaptées (personnels habilités et soumis à la confidentialité, locaux sécurisés, résilience et sauvegarde du système d'information). Pour plus d'information, rendez-vous à : <https://www.almaviva-sante.fr/fr/groupe/rgpd>

Je soussigné(e) M./Mme _____ Signature :

Fait le _____, à _____



CLINIQUE TURIN



FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ETIQUETTE PATIENT

En application de l'article L.1111- 6 du Code de la Santé Publique modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin (...) Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions... Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation... »

PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Commune :

Hospitalisé(e) le : / /

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance ce jour

Je désigne une personne de confiance

Cette personne est : un parent conjoint autre (à préciser) :

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 : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel. : Port. :

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation, à tout moment en informant l'établissement par écrit.

Date : / / . Signature :

RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informée de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Date : / / Signature :



CLINIQUE TURIN

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

ETIQUETTE PATIENT

COMMENT LES RÉDIGER ?

Il s'agit donc d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez

demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez désignée une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées. Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez lors de leur rédaction en état d'exprimer librement votre volonté.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les directives anticipées sont révocables et révisables à tout moment et par tout moyen.

CONSERVATION

Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical. Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nom d'usage : Prénom :

Né(e) le : à :

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

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

Date : / /

Signature :

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le document.

Les 2 témoins ci-dessous, attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

TÉMOIN 1

TÉMOIN 2

Nom d'usage : Nom d'usage :

Prénom : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) : Qualité (lien avec la personne) :

Date : Date :

Signature : Signature :



ETIQUETTE PATIENT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance :

Entretien avec le praticien :

Lors de la consultation du :

Concernant l'intervention ou l'acte invasif :

Le praticien m'a donné **des informations précises sur mes problèmes de santé** et les **raisons** qui le conduisent à me proposer cette intervention. J'ai également reçu toutes les informations sur les **risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, graves mais exceptionnels**, de l'intervention proposée, les **bénéfices** attendus de cette intervention et des différentes **alternatives thérapeutiques possibles**.

J'ai compris que toute intervention chirurgicale comporte des risques de complications, dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Je reconnais que le praticien a répondu de façon **complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaitées lui poser**.

J'ai enfin été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

Dans ce cas, **j'accepte par anticipation les modifications nécessaires**.

J'émet cependant des restrictions : Oui Non

Si oui, préciser lesquelles :

.....
.....

J'autorise également les prélèvements nécessaires pour les divers examens de laboratoire.

J'ai disposé d'un délai raisonnable de réflexion et je donne mon accord pour cet acte.

Date : / /

Signature du patient :

Signature du praticien :

**AUTORISATION D'OPÉRER
UN MINEUR / UN MAJEUR PROTÉGÉ**

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

PARENT 2

Nom d'usage :

Nom d'usage :

Prénom :

Prénom :

Tel. :

Tel. :

autorisons / autorise, en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale / représentant légal qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée sur

ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.

Date : / /

Signature parent 1 / représentant légal :

Signature parent 2 :

En application de l'article L1111-2 du code de la Santé Publique, **la signature des deux parents est indispensable pour une prise en charge des mineurs** sauf si l'autorité parentale est exercée par un seul parent. Dans ce cas, un justificatif doit être présenté à la visite d'anesthésie et en pré-admission.

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses buts et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir poser des questions au médecin anesthésiste réanimateur et donner votre consentement à la procédure anesthésique.

QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, ou médical (endoscopie, radiologie, etc.), en supprimant ou en atténuant la douleur. Toute anesthésie, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite préopératoire avant l'anesthésie. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

■ L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

C'est un état comparable au sommeil, produit par l'administration de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

■ L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Différentes techniques permettent de n'insensibiliser que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

■ L'ANESTHÉSIE SOUS SÉDATION

Pour certaines explorations ou interventions chirurgicales, elle permet d'éviter l'anesthésie générale pour obtenir une anesthésie dite vigile. Le patient reste éveillé mais insensible à la douleur, il est calme et indifférent. Dans ce type d'anesthésie, c'est une association de médicaments qui est utilisée : morphiniques, sédatifs et/ou neuroleptiques, avec parfois un hypnotique en fonction de l'état du patient.

QUELS SONT LES RISQUES ET INCIDENTS DE L'ANESTHÉSIE ?

Tout acte médical, conduit pourtant avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte toujours un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter. En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse de la concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

■ PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissement dans les poumons sont rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer quelques rares maux de gorge ou un enrouement passager. Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours. La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou semaines. Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, des complications sérieuses ne surviennent qu'une fois sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésie.

■ PROPRES À L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Toute anesthésie locorégionale justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale car, si elle s'avère incomplète, elle peut nécessiter un complément d'anesthésie par sédation, voire une anesthésie générale. Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie locorégionale périnerveuse comme à l'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une ponction nerveuse directe est toujours possible même avec guidage par échographie. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement local spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition ou un trouble de la vision. Des douleurs au niveau du point de ponction (dans le dos) sont également possibles. Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'œil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles. En

ETIQUETTE PATIENT

fonction des médicaments associés, des nausées et des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie. Toutes les techniques d'anesthésie locorégionales peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysies et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche. Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. Chacune a des avantages et des inconvénients spécifiques. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année.

COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ(E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans la salle de surveillance post-interventionnelle (dite salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur

QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel.

RECOMMANDATIONS LORS DE LA SORTIE APRÈS UNE ANESTHÉSIE AMBULATOIRE

Elles concernent votre retour à domicile et les premières 24 heures qui dépendent de l'acte et de la modalité de l'anesthésie pratiqués.

VOUS DEVEZ :

- PRÉVOIR UN ACCOMPAGNANT
- PRÉVOIR LA PRÉSENCE D'UNE PERSONNE À VOTRE DOMICILE JUSQU'AU LENDEMAIN
- RESTER À VOTRE DOMICILE
- VOUS REPOSER

VOUS NE DEVEZ PAS :

- FAIRE DE COURSES OU TRAVAILLER LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION
- PRENDRE DE TRANSPORTS EN COMMUN
- CONDUIRE DE VÉHICULE
- PRENDRE D'AUTRES MÉDICAMENTS QUE CEUX PRESCRITS
- BOIRE DE L'ALCOOL OU FUMER
- PRENDRE DE DÉCISION IMPORTANTE
- UTILISER UN APPAREIL POTENTIELLEMENT DANGEREUX

CONSENTEMENT À REMPLIR ET SIGNER OBLIGATOIREMENT

Au cours de la consultation d'anesthésie du : avec le Dr :

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugée indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste à mon égard.

En cas de consultation d'anesthésie délocalisée, j'approuve la prise en charge spécifique proposée.

Date :

Mme / M.

Signature

CONSENTEMENT ECLAIRE

EN PERIODE DE CRISE SANITAIRE LIEE AU COVID-19

ETIQUETTE PATIENT



310004

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance :

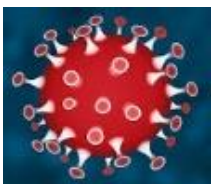
Entretien avec le praticien :

Lors de la consultation du :

Concernant l'intervention ou l'acte invasif :

.....

Je dois subir une consultation, un examen, une intervention chirurgicale à la Clinique TURIN.



La Clinique TURIN a mis en place les mesures de prévention suivantes en lien avec la gestion de la crise liée au COVID-19 : mesures barrières, isolement, protection des patients et des personnels, mesures d'hygiène...

J'ai pu constater la mise en place de ces mesures au sein de l'établissement.

Je reconnais que les professionnels de santé, qui m'ont pris en charge, ont répondu de façon **complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaitées leur poser.**

Date : / /

Signature du patient :

POUR UN MINEUR / UN MAJEUR PROTÉGÉ

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom d'usage :

.....

Prénom :

Tél. :

.....

Date : / /

Signature parent 1 / représentant légal :

PARENT 2

Nom d'usage :

Prénom :

Tél. :

Signature parent 2 :