



Merci de remplir la fiche pré admission recto-verso et de nous la transmettre le jour de la consultation d'anesthésiste ou via notre site internet rubrique "Faire votre préadmission en ligne" [au plus tard 48h avant l'admission.](#)

Nom du chirurgien..... Date d'intervention/...../.....

Nom du médecin traitant..... Lieu d'exercice

Désirez-vous une chambre particulière (hospitalisation ou ambulatoire) ? OUI NON

PERSONNE A PRÉVENIR POUR VOTRE SORTIE :

Nom : Lien de parenté : N° de Tél :

PATIENT

Nom de naissance :

Nom utilisé :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

ASSURE SI AUTRE

Nom de naissance :

Nom utilisé :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

SI ACCIDENT DE TRAVAIL

Employeur :

Téléphone :

Adresse :

Les documents nécessaires à ne pas oublier pour toutes les étapes de votre prise en charge :



- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale
- Votre carte de mutuelle

Si vous dépendez de la caisse d'assurance maladie de Monaco

Vous devez régler l'intégralité des frais d'hospitalisation et vous faire rembourser auprès de la CCSS dès réception de votre facture.

Préciser votre régime :

Service des Prestations Médicales de l'Etat

Caisse de Compensation des Services Sociaux

Couleur de la carte : Verte

Rose

Bulle

Pour plus de renseignements sur votre future hospitalisation, rendez-vous sur :

cliniquesaintfrancois-nice.vivalto-sante.com



Merci de remplir la fiche admission recto-verso et de nous la transmettre le jour de la consultation d'anesthésie ou via notre site internet rubrique "Faire votre préadmission en ligne" au plus tard 48h avant l'admission.

Je soussigné(e) (nom, prénom)..... Né(e) le / /

Entrant à la Clinique Saint François le / / 20.....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise que :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

J'autorise

- le docteur....., ainsi que le cas échéant, le médecin anesthésiste, à pratiquer l'intervention chirurgicale ou médicale, et/ou les examens et traitements nécessités par mon état de santé et à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.
- la Clinique Saint François à commander et régler, le cas échéant, tout équipement et prothèse, sang et produits dérivés nécessaires aux soins prodigués.

Signature :

CLAUSE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Selon l'article L.1111-6 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et 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. Elle est 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, à moins que le malade n'en dispose autrement ».

- Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
- Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, M. Lien de parenté Téléphone



DIRECTIVES ANTICIPÉES

Une fiche d'informations sur la rédaction des directives anticipées vous a été délivré dans le livret d'accueil.

- J'ai rédigé mes directives anticipées, je les transmets à l'équipe soignante lors de mon admission
- Je souhaite rédiger des directives anticipées. Un guide pour leur rédaction est à votre disposition dans le livret d'accueil.
- Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Souhaite une confidentialité totale sur mon hospitalisation : OUI NON

A ce titre, et sans exception, aucune personne ne sera renseignée sur ma présence dans l'Établissement.
ATTENTION : Votre présence ne pourra être divulguée à personne (même à la « personne de confiance ») et si un membre de votre famille téléphone pour prendre de vos nouvelles ou s'il se présente à l'accueil pour obtenir votre numéro de chambre, il ne sera pas renseigné).

CLAUSE D'ENGAGEMENT DU PATIENT A REMETTRE SON TRAITEMENT PERSONNEL

Déclare m'engager à remettre tous les médicaments qui sont en ma possession aux infirmières, dès mon arrivée, et à ne pas consommer de médicaments autres que ceux délivrés par l'équipe soignante de l'Établissement.

J'ai pris connaissance des risques de surdosage et d'interaction encourus lors de l'utilisation de médicaments non validée par l'anesthésiste ou le chirurgien.

INFORMATIONS RELATIVE A LA PRÉPARATION CUTANÉE

J'ai bien été informé (e) sur les modalités concernant la préparation cutanée avant l'intervention.
Une plaquette d'information m'a bien été remise.

NICE, le.....

SIGNATURE DU PATIENT :