

# KIT ADMISSION



Ce kit contient les documents nécessaires à chaque étape administrative de votre prise en charge ou celle de votre enfant.

Afin de faciliter vos démarches, merci de vous **présenter au bureau des admissions le jour de la consultation d'anesthésie**. Ce dossier doit être rempli et signé avant de vous présenter au bureau des admissions.

La pré-admission peut se faire par mail ([bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr](mailto:bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr)), votre dossier est à **ramener le jour de votre admission** imprimé, complété et signé.

# Les étapes de votre séjour

## 1 - LA PRÉ-ADMISSION

Se fait au bureau des admissions le jour de la consultation d'anesthésie.

A apporter :

- Les documents du présent KIT, complétés et signés
- **LA CARTE D'IDENTITÉ (obligatoire)**
- **Si le patient est mineur** : la photocopie du livret de famille et les pièces d'identité des deux parents
- Votre attestation de sécurité sociale
- La prise en charge de votre mutuelle (FINESS 690780358 - DMT CHIRURGIE 181- DMT MATERNITE 165 - DMT MÉDECINE 174). Numéro de fax : 04 72 19 32 30.

## 2 - LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Lieu : Médicentre, 1<sup>er</sup> étage

Elle est obligatoire

**Pour les enfants la présence d'un ou des deux parents est obligatoire**

Rendez-vous au 04 72 19 34 33 ou sur [Doctolib](#).

A ramener, **SI VOUS LES AVEZ** :

- Le questionnaire pré-anesthésique complété
- La carte de groupe sanguin
- Les derniers examens biologiques, radiographiques et électrocardiographiques
- Les ordonnances des traitements en cours
- La veille de votre admission un SMS vous sera envoyé pour vous indiquer l'heure de votre entrée et le service

## 3 - VOTRE ADMISSION

Lieu : Rez de chaussée, bureau des admissions

Documents **à ramener lors de votre admission** :

- Le présent kit imprimé, complété et signé ainsi que **l'autorisation signée des 2 parents**
- Les examens nécessaires
- L'information d'anesthésie
- L'auto questionnaire COVID
- Un chèque d'acompte de :
  - › 150€ pour l'ambulatoire,
  - › 500€ pour un séjour d'au moins une nuit.

**Ce chèque est à mettre dans une enveloppe et à remettre lors de votre admission.**

**Merci de respecter l'heure exacte de convocation**, si vous arrivez avant vous devrez attendre dans votre véhicule.

## 4 - VOTRE SORTIE

Lieu : Rez de chaussée, bureau des sorties

A ramener, **IMPÉRATIVEMENT** :

- Votre carte vitale
- Un moyen de règlement

**Bon à savoir** : Pendant mon séjour, je peux bénéficier d'examens (radiologie, laboratoire, ...) soumis à des dépassement d'honoraires.

**Les formalité de départ sont OBLIGATOIRES pour faire le tiers payant. Le cas échéant, votre chèque d'acompte sera encaissé si la sortie n'est pas faite.**

Nos hôtesse vous donneront une facture intermédiaire.

## 5 - VOTRE FACTURE

Elle vous sera envoyée par mail via un lien sécurisé dans les 15 jours suivants le séjour. Elle est :

- **Acquittée** : vous devrez l'envoyer à votre mutuelle pour remboursement
- **Non acquittée** : merci de bien vouloir nous envoyer le règlement par courrier, nous vous retournerons une facture acquittée que vous pourrez transmettre à votre mutuelle.



Lorsque vous recevez une facture non acquittée, **vous pouvez la payer en ligne ou par virement bancaire** via le site internet de la Clinique en vous connectant sur <http://cliniqueduvaldouest.fr>, rubrique *Payer en ligne*.

## FICHE DE PRÉ-ADMISSION

Docteur : .....

Admission le : ..... à .....h.....

Durée probable du séjour (nombre de nuits) : .....

N° portable du patient : .....

Nom et prénom du médecin traitant : .....

- Ambulatoire
- Chirurgie ou hospitalisation complète
- Soins externes
- Entente préalable
- Chirurgie esthétique (joindre le devis)
- Curatelle-tutelle (amener attestation). Coordonnées : .....

En relation avec une ALD :  oui /  non

Le patient bénéficie :

- D'un Arrêt de travail (AT)
- De la Couverture Maladie Universelle (CMU)
- De l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

### À REMPLIR PAR L'HOSPITALISÉ(E)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Sexe : .....

Situation familiale : ..... N° Portable : .....

Adresse mail : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse du Centre de Sécurité Sociale : .....

Nom et adresse de la mutuelle : .....

### Ma personne à prévenir est\* :

Nom et prénoms : ..... Téléphone : .....

### Ma personne de confiance est\* au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique pour mon hospitalisation actuelle :

Nom et prénoms : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone professionnel : .....

\*voir page suivante les différences entre personne à prévenir et personne de confiance

Date :

**Signature du patient :**

**Signature de la personne de confiance :**

# Personne à prévenir et personne de confiance

Quelles différences ?

	Personne à prévenir	Personne de confiance
<b>Combien</b>	Une ou plusieurs personnes	Une seule personne
<b>Désignation</b>	Par écrit ou par oral par le patient, ou sur proposition d'un tiers si le patient est hors d'état de s'exprimer	Par écrit par le patient
<b>Participation aux décisions médicales concernant le patient</b>	NON	Oui, elle peut accompagner le patient s'il le souhaite. Lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle est consultée pour certaines décisions médicales (son témoignage prime sur tout autre)
<b>Accès au dossier médical</b>	NON Sauf procuration du patient	



## Information des patients

Concernant le traitement de leurs données à caractère personnel par la Clinique du Val d'Ouest

Les informations à caractère personnel recueillies à l'occasion de votre séjour dans notre établissement font l'objet de traitements automatisés sous la responsabilité de la Clinique du Val d'Ouest.

### • Quelles données sont concernées ?

Ce sont vos données administratives (identité, numéro de sécurité sociale, droits sociaux), vos données de santé, les données relatives à votre vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale) les données d'ordre financier ainsi que celles relatives aux actes et prestations médicales réalisés.

### • Pourquoi collectons-nous vos données ?

Les données collectées sont nécessaires à la réalisation des prestations de soins et à l'exécution de nos obligations légales, réglementaires et normatives, pour les finalités suivantes :

- Assurer votre prise en charge au sein de notre établissement, délivrer la prestation de soins, la prescription et la délivrance de médicaments, assurer votre suivi pendant et postérieurement à votre séjour ;
- Constituer votre dossier médical, conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique ;
- Assurer gestion administrative de nos services, leur facturation, l'analyse et l'évaluation de notre activité de soins ;
- Permettre le remboursement de vos prestations par les organismes concernés.

Lorsqu'il est nécessaire, votre consentement vous sera expressément demandé.

### • A qui sont destinées ces données ?

Les données sont destinées aux personnels de notre établissement habilités à les traiter ainsi qu'aux professionnels de santé membres de l'équipe de soin intervenant dans votre prise en charge. Les informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à votre suivi médico-social pourront être transmises à d'autres professionnels de santé avec votre consentement. Les informations nécessaires au remboursement de vos soins sont transmises aux personnels des caisses de sécurité sociale et de mutuelles habilités à les traiter.

### • Pendant combien de temps conservez-vous mes données ?

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire aux finalités poursuivies, sous réserve de l'application d'une durée de conservation imposée par une obligation légale ou réglementaire. Les données de caractère administratif sont conservées pendant 5 ans à compter de la dernière intervention sur le dossier patient puis archivées pour une durée de 15 ans. Les données de votre dossier médical sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de votre dernier passage dans notre établissement ou au moins jusqu'au 28ème anniversaire du patient ou pendant 10 ans à compter de la date du décès.

### Confidentialité et sécurité des données

Les données font l'objet d'un traitement informatisé dans le strict respect du secret médical et conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, du Règlement UE 2016/679 sur la protection des données du 27 avril 2016 et du Code de la santé publique. Notre établissement met en œuvre les mesures organisationnelles techniques, logicielles et physiques appropriées pour préserver et garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données à caractère personnel collectées et traitées.

### Vos droits

Conformément aux dispositions légales et réglementaires susvisées vous disposez, à tout moment, d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et du droit de retirer votre consentement lorsque celui-ci est nécessaire. Vous disposez également, sous réserve des conditions prévues par les dispositions applicables, d'un droit de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, du droit de définir du sort de vos données après votre décès et du droit de limiter leur utilisation.

### Contact

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la Protection des Données de notre groupe à l'adresse mail : [dpo@kantys.org](mailto:dpo@kantys.org). Toute demande doit être accompagnée de la copie d'un titre d'identité en cours de validité. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'une réclamation.

## ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e), .....

Pour intervention prévue le : .....

- Agissant pour moi-même  
 Agissant pour mon enfant : .....

Agissant pour le majeur protégé : .....

Atteste avoir eu un entretien avec le Dr : .....  
exerçant à la Clinique du Val d'ouest, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

Je reconnais avoir été informé(e) par :

- Le chirurgien  
 L'anesthésiste

du bénéfice risque lié à mon hospitalisation dans le cadre du contexte pandémique du Covid19.

**Date :**

**SIGNATURE DU PATIENT :**

Pour les patients sous tutelle, signature du tuteur, (joindre l'attestation de jugement) :



### POUR LES PATIENTS MINEURS,

Ce document doit être **OBLIGATOIREMENT SIGNÉ PAR LES 2 TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE. A DÉFAUT, L'INTERVENTION NE POURRA AVOIR LIEU.**

Si vous exercez seul(e) l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (livret de famille / attestation de jugement).

#### MÈRE DE L'ENFANT

Date : .....

Nom et prénoms : .....

.....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

**SIGNATURE**

#### PÈRE DE L'ENFANT

Date : .....

Nom et prénoms : .....

.....

Date de naissance : .....

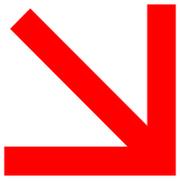
Téléphone : .....

**SIGNATURE**

Les parents (détenteurs de l'autorité parentale) attestent chacun en ce qui les concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

**L'Article 372-2 du code civil précise : Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux. Le père et la mère exercent en commun l'autorité parentale.**

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse [dpo@kantys.org](mailto:dpo@kantys.org) ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.



## Consignes COVID 19



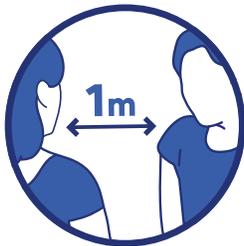
Port du masque **OBLIGATOIRE EN PERMANENCE** dans tout l'établissement (masque ou équivalent faisant écran devant la bouche ET le nez)



**Respect des gestes barrières**



**Visiteur et accompagnant interdit**  
y compris en salle d'attente



**Respect des distances >1 mètre**  
(ascenseurs, admission, salle d'attente, ...)

# Services hôteliers

Découvrez notre gamme de chambres pour un séjour en toute sérénité

	STANDARD Ambulatoire, chimiothérapie	STANDARD Médecine, chirurgie, maternité	CONFORT	SUPÉRIEURE	PRESTIGE Chirurgie, maternité	KING SIZE Maternité
Chambre privative	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Télévision	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wifi	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Petit déjeuner prestige**			✓	✓	✓	✓
Une trousse de bienvenue			✓	✓	✓	✓
Un quotidien régional			✓	✓	✓	✓
Un kit de bain				✓	✓	✓
Un repas prestige**				✓	✓	✓
Une chambre spacieuse au mobilier design					✓	✓
Une couette et des draps de luxe					✓	✓
Un peignoir					✓	✓
Un plateau d'accueil					✓	✓
Des Magazines à disposition					✓	✓
La sortie administrative au lit du patient (hors week-end)					✓	✓
Un lit king size						✓
Le forfait accompagnant inclus (nuit + petit déjeuner prestige)						✓
<b>TARIFS TTC/JOUR</b>	<b>45,00 €* </b>	<b>98,00 €* </b>	<b>125,00 €* </b>	<b>175,00 €* </b>	<b>280,00 €* </b>	<b>380,00 €* </b>

Le forfait journalier hôtelier, facturé chaque jour calendaire d'hospitalisation y compris le jour de sortie, est de 20 €\*.

Le PAS (participation assuré transitoire) est de 24 €\* par séjour.

Services complémentaires	TARIF TTC
<b>Pour les chambres doubles, option TV avec casque obligatoire</b> <i>possibilité d'achat à la boutique au prix de 5 €* </i>	<b>4,00 €* </b> par jour
<b>Petit déjeuner prestige**</b>	<b>10,00 €* </b>
<b>Repas prestige**</b>	<b>30,00 €* </b>

Services accompagnants	TARIF TTC
<b>Le lit simple</b> avec petit déjeuner offert	<b>40,00 €* </b>
<b>Petit déjeuner prestige**</b>	<b>10,00 €* </b>
<b>Repas simple**</b>	<b>10,50 €* </b>
<b>Repas prestige**</b>	<b>30,00 €* </b>
<b>Sandwich**</b>	<b>3,00 €* </b>

\*sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée, \*\*sauf en cas d'allergie(s) alimentaire(s), demande à faire 24h à l'avance

## ENGAGEMENT SUR LES CONDITIONS DE SÉJOUR

Je certifie par la présente avoir demandé :

**En hospitalisation complète (chirurgie, maternité, pédiatrie), une chambre individuelle**, sous réserve de disponibilité (**toute journée entamée est facturée**) :

- Standard** au prix de 98€/jour\*
  - Confort** au prix de 125€/jour\*
  - Supérieure** au prix de 175€/jour\*
  - Prestige** au prix de 280€/jour\*
    - Un lit d'accompagnant, **sous conditions COVID**, au prix de 40€\* la nuit incluant le petit déjeuner (uniquement dans les chambres particulières, sous réserve de disponibilité).
- J'ai bien coché l'option « lit accompagnant » (40€\* la nuit) pour rester auprès de mon enfant de moins de 15 ans qui doit être hospitalisé.**
- King size** en maternité uniquement, au prix de 380€/jour\*

**En hospitalisation complète (chirurgie, maternité, pédiatrie), une chambre à deux lits :**

- Une chambre à deux lits (sans supplément)
- La télévision au prix de 4,00€\* par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

**En ambulatoire ou en chimiothérapie, une chambre individuelle**, sous réserve de disponibilité (**toute journée entamée est facturée**) :

- Standard** au prix de 45€/jour\*

Je déclare accepter d'avoir à régler à la sortie :

- les suppléments de séjour (chambre seule et/ou avec accompagnant, télévision, ...)
- la PAS (Participation Assuré Transitoire) de 24€ par séjour
- le forfait journalier de 20€ par jour y compris le jour d'entrée et le jour de sortie dépassant la prise en charge par la Sécurité Sociale et ma mutuelle.

Je déclare être informé(e) que la plupart des praticiens exerçant dans l'établissement sont affiliés au secteur 2 et de ce fait, que **leurs honoraires sont éventuellement supérieurs à la prise en charge**.

Dans ce cas, j'accepte de régler à la clinique, pour leur compte, les sommes restant à ma charge.

Je déclare être informé(e) qu'un chèque d'acompte de :

- 500€ pour une hospitalisation complète
- 150€ pour une chirurgie ambulatoire

me sera demandé lors de mon admission et qu'**il sera encaissé le jour de mon départ si je ne repasse pas à la sortie.**

Je suis informé(e) qu'il est recommandé de n'apporter ni bijoux, ni objet de valeur, et que la clinique décline toute responsabilité en cas de vol.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données à caractère personnel en bas de ce document et page 4 du présent kit.

*\* sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée*

**Date :**

**Signature du patient :**

---

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse [dpo@kantys.org](mailto:dpo@kantys.org) ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

## QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Antécédents personnels du patient concerné (adulte ou enfant)

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5.12.94, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté à votre cas. Lors de cette consultation, vous sera remise une information écrite qu'il faudra lire et rapporter signée lors de votre admission. Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site [www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr) ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin de votre médecin traitant et d'apporter vos ordonnances et examens récents (sanguins, cardiologiques, ou radiologiques).

**Nom** \_\_\_\_\_ **Taille :** \_\_\_\_\_  
**Prénom** \_\_\_\_\_ **Tabac (cig /j) :** \_\_\_\_\_  
**Profession** \_\_\_\_\_ **Alcool (verres /j) :** \_\_\_\_\_  
**Age** \_\_\_\_\_ **Activité Physique, Sport :** \_\_\_\_\_  
**Poids Actuel :** \_\_\_\_\_  
**Si grossesse, Poids de départ :** \_\_\_\_\_

**SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ? (en cours ou récent)**  OUI  NON

-  
-  
-  
-

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ?**  OUI  NON

Rhume des foins  Alimentaire  **MEDICAMENTS** (précisez) :  
 Produits iodés  Eczéma  **PENICILLINE**  
 Arachide  Soja  **LATEX**

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ?**  OUI  NON

Hémophilie, Maladie de Willebrand  Oedeme Angio-Neurotique  
 Maladie Neuro-Musculaire  Complication d'anesthésie  
 Autre (précisez):

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? (si oui, précisez)**  OUI  NON

-  
-  
-  
**Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes anesthésies (ex: vomissements)?**  
-  
**TSVP ⇒**

## ANTECEDENTS MEDICAUX

<b>CARDIAQUES</b>			<b>URINAIRES, RENEAUX</b>		
Infarctus, angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Insuffisance rénale, dialyse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Palpitations, syncopes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Problèmes de prostate	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pace maker	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>DIGESTIFS</b>		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ulcère gastroduodéal	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Phlébite, Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Mal des transports	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varices	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>NEUROLOGIQUES</b>		
Cholestérol, Triglycérides	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Epilepsie, convulsions	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>RESPIRATOIRES</b>			Coma	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bronchites chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Sclérose en Plaques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Migraines	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Apnées du sommeil appareillées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>INFECTIEUX</b>			Glaucome	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
VIH, SIDA	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<b>ENDOCRINIENS</b>		
Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>TRANSFUSION SANGUINE</b>			Problèmes de Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## COAGULATION

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Saignement prolongé après une extraction dentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## PORTEZ-VOUS ?

<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes	<input type="checkbox"/> Lunettes, Lentilles
--	---	--

## FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ancien prématuré	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Terme : _____ semaines			A déjà été hospitalisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Accouchements précédents :			Marche acquise	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Sous Périurale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Problème développement / scolarité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Problème particulier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Parents fumeurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

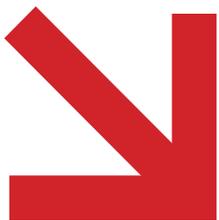
## ENFANTS UNIQUEMENT

**AUTRE : Avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?**

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse [dpo@kantys.org](mailto:dpo@kantys.org) ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.



# CHARTRE D'ENGAGEMENT PATIENT

## Pour la prévention du risque infectieux

Je soussigné (e), .....

Pour l'intervention prévue le : .....

- Agissant pour moi-même
- Agissant pour mon enfant : .....
- Agissant pour le majeur protégé : .....

### M'engage à appliquer les mesures d'hygiène qui sont imposées pendant cette hospitalisation.

Parmi celles-ci, les mesures barrières :

- Porter obligatoirement un masque pendant toute la durée de mon séjour,
- Faire une hygiène des mains régulière,
- Rester dans ma chambre lors du séjour
- Accepter l'absence de visite et d'accompagnant

Je n'hésite pas à demander des explications à mon médecin référent et à l'équipe du service, pour tout questionnement sur les mesures à prendre dans le cadre de mon hospitalisation.

Date : .....

Nom/Prénom du patient : .....

**Signature du patient :**



Clinique du  
Val d'Ouest



La santé a tellement de talents

**Clinique du Val d'Ouest**

39, chemin de la Vernique - 69130 Ecully  
T. 04 72 19 32 00

[www.cliniqueduvaldouest.com](http://www.cliniqueduvaldouest.com)

