

# CLINIQUE PARIS-BERCY

## Médecine - chirurgie



 **Oc Santé**

**Mieux vous accueillir,  
mieux vous accompagner**

**Passeport chirurgie**  
Hospitalisation complète  
et Ambulatoire

À rapporter, complété et signé,  
à chacune de vos visites à **la clinique**



# Préparer votre séjour

## → LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

La consultation doit avoir lieu, sauf urgence :

- Au moins **48 heures avant la date d'intervention**.
- **Au minimum 10 jours avant l'intervention si :**
  - pathologie cardiaque suivie
  - anticoagulants (fluidifiants du sang)

 Si vous ne respectez pas ces délais, votre intervention pourrait être reportée.

Vous devez **prendre RDV dès votre sortie de consultation avec le médecin** auprès du secrétariat d'anesthésie

- Sur le site **DOCTOLIB**  
[www.doctolib.fr/clinique-privee/charenton-le-pont/clinique-de-bercy](http://www.doctolib.fr/clinique-privee/charenton-le-pont/clinique-de-bercy)
- ou par téléphone au **01 43 96 86 29** de 8h à 19h

La consultation a lieu au **2e étage de la clinique**. Vous devez venir avec tous les documents en rapport avec vos maladies :

- Ordonnances de traitements habituels
- Dossiers de cardiologie, pneumologie...
- Résultats d'examens récents
- Les pages 4 et 5 de ce livret renseignées au préalable

Votre **consultation d'anesthésie**, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_



L'anesthésiste que vous rencontrerez lors de votre consultation **n'est pas forcément** l'anesthésiste qui réalisera votre anesthésie, mais il constituera votre dossier médical qui permettra à tous les médecins anesthésistes de l'équipe de vous prendre en charge

## → LA PRÉADMISSION

Afin de préparer votre séjour à la clinique Paris-Bercy, vous devez réaliser votre pré-admission. Un formulaire de préadmission vous sera transmis par mail, ainsi qu'un document récapitulant toutes les pièces à nous transmettre, dont les principales sont :

- **Le formulaire de préadmission**
- **Votre pièce d'identité**
- **Votre carte de mutuelle**
- **Le consentement éclairé signé** (p.10 du présent livret)
- **La fiche tarifaire** (p.12 du présent livret) ou le devis remis par votre chirurgien.

Vous pouvez demander à votre mutuelle une prise en charge pour les frais d'hospitalisation, en leur précisant le numéro **FINESS 940813033** de la clinique ainsi que le **code DMT** (130 pour l'endoscopie et la médecine, 137 pour la chirurgie). Cette prise en charge peut être transmise en amont de votre hospitalisation ou apportée le jour de votre admission.



Pour plus d'informations, n'hésitez pas à vous rendre sur notre site internet, où vous pourrez également télécharger les divers documents et formulaire dans l'onglet « je prépare mon séjour » : <https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-de-bercy/>

## → L'ADMISSION

Le jour de votre intervention à la clinique, veillez à venir avec

- **Ce présent livret** dont vous aurez pris connaissance et **signé les pages comportant un rectangle signature**
- Une pièce d'identité + la carte vitale
- Les ordonnances de vos traitements habituels, vos résultats d'examens récents et tout autre document qui vous aura été remis lors de vos consultations médicales

# Fiche d'hospitalisation

Dr : \_\_\_\_\_ Date de consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## → LE PATIENT

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Homme ☐ Femme Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médecin adresseur (si différent du médecin traitant) : \_\_\_\_\_

## → RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HOSPITALISATION

Motif de l'intervention : \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_ Côté : ☐ Droit ☐ Gauche

Hospitalisation motivée par une affection longue durée (ALD) : ☐ Oui ☐ Non

☐ AMBULATOIRE ☐ EXTERNE

Date de l'intervention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Convocation à : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

*L'horaire de convocation est susceptible d'être adapté en fonction du programme opératoire. Vous recevrez un SMS avant 18h la veille de votre intervention avec votre horaire définitif de convocation.*

☐ HOSPITALISATION COMPLETE

☐ EN URGENCE

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Date de l'intervention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sortie prévue le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## → DÉPISTAGE CREUTZFELDT JACOB - ESST

Le diagnostic d'ESST doit être suspecté sur la présence d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique *neurologique*<sup>1</sup> associé à des troubles *intellectuels*<sup>2</sup> ou *psychiatriques*<sup>3</sup> et après élimination de toute autre cause. Le diagnostic ne peut être confirmé que sur les résultats d'un examen neuropathologique.

Le patient est-il suspect ou atteint d'ESST : ☐ Oui ☐ Non

L'acte invasif est-il à risque vis-à-vis des ATNC : ☐ Oui ☐ Non

Avis du médecin neurologue si patient suspect ou atteint :

Dr : \_\_\_\_\_ Date de consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du praticien : \_\_\_\_\_

SIGNATURE

# Contrat d'engagement contre la douleur

La **douleur** n'est **pas une fatalité, parlons-en** pour pouvoir la traiter !

Le contrat d'engagement de lutte contre la douleur témoigne de l'engagement des équipes de la clinique PARIS-BERCY à prévenir, évaluer, prendre en compte et traiter votre douleur.

## → RECONNAITRE

Il existe plusieurs types de douleurs :

- **Les douleurs aiguës** (post chirurgie, traumatisme) : leur cause doit être recherchée et elles doivent être traitées
- **Les douleurs provoquées par certains soins ou examens** (pansement, pose de sonde, de perfusion...). Ces douleurs doivent être prévenues
- **Les douleurs chroniques** (migraines, lombalgie, etc.) : ce sont des douleurs persistantes dont la cause est connue et qui représente une pathologie en soi. Il faut donc traiter la douleur et tout ce qui la favorise

## → ÉVALUER

L'évaluation de la douleur se fait d'abord par vous. Chacun dispose de sa propre sensibilité et tout le monde ne réagit pas de la même manière. Pour mesurer l'intensité de la douleur, plusieurs échelles sont à votre disposition. Il faut utiliser celle qui vous convient.

## → PRÉVENIR ET SOULAGER

Nous allons vous aider en répondant à vos questions, en vous expliquant les soins que nous allons faire et leur déroulement. Nous allons noter l'intensité de la douleur dans votre dossier patient et utiliser les moyens les mieux adaptés à votre situation pour la prévenir et la soulager (antalgiques, méthode non médicamenteuse, etc.). Notre objectif, si douleur il y a, est avant tout de la soulager. Si elle persiste malgré les soins apportés, nous cherchons alors à la rendre la plus tolérable et confortable possible.

## → LES ÉCHELLES UTILISÉES À BERCY

- **Échelle EVENDOL** pour les enfants de 0 à 7 ans, elle permet une évaluation de la douleur basée sur l'observation du comportement de l'enfant.
- **Échelles des visages** pour les enfants à partir de 3-4 ans et les adultes
- **Échelle Algoplus** permet d'évaluer la douleur aiguë chez les patients non ou peu communicants (elle est très bien adaptée pour les personnes âgées)
- **Échelle numérique (EN)** : Cette méthode permet d'évaluer l'intensité de la douleur par affectation d'un chiffre compris entre zéro et dix.

Cette mesure qui doit être répétée, permet d'adapter au mieux votre traitement antalgique. La traçabilité de l'évaluation de la douleur, c'est à dire l'enregistrement de cette évaluation dans votre dossier patient, fait partie des indicateurs de qualité de votre prise en charge dans notre établissement de santé.

# Questionnaire à remplir avant la consultation d'anesthésie



Pensez à apporter tout document d'ordre cardiologique récent ainsi que la dernière ordonnance du médecin

Sexe : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été opéré(e) ? ☐ Oui ☐ Non

Avez vous déjà eu une anesthésie générale, locale, locorégionale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quoi ?	Quand ?	Sous anesthésie générale	Sous anesthésie locale ou locorégionale	Sous péridurale ou rachianesthésie

Avez-vous (ou avez-vous eu) des maladies particulières ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, cocher :

## Cardiaque :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine     | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Infarctus              | <input type="checkbox"/> Artérite          | <input type="checkbox"/> Pathologie carotidienne |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque |  |  |

## Pulmonaire :

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme      | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire          | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnée du sommeil |  |

## Maladie veineuse :

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Phlébites | <input type="checkbox"/> Varices |
|------------------------------------|----------------------------------|

## Foie :

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Autres |
|-----------------------------------|---------------------------------|

## Rein :

- |  |                                  |                                 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Autres |
|--|----------------------------------|---------------------------------|

↳ Apporter le dernier résultat biologique

## Digestif :

- |                                 |   |                                 |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Hernie hiatale | <input type="checkbox"/> Autres |
|---------------------------------|---|---------------------------------|

## Neurologique :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie           | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson  | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance |
| <input type="checkbox"/> Myasthénie          | <input type="checkbox"/> Anxiété ou dépression | <input type="checkbox"/> AVC                   |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques   | <input type="checkbox"/> Autres                |

## Allergie :

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Médicament > le(s)quel(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex                             |

## Autres affections :

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Taux hbA1c : _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Pas d'insuline     |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Autres : _____     |

## Vaccination COVID :

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**Tabac :**

☐ Non-fumeur      ☐ Fumeur      ☐ Ancien fumeur

Si **fumeur ou ancien fumeur**, combien de cigarettes/jour ? : \_\_\_\_\_

**Consommation d'alcool :**

☐ Jamais      ☐ Régulière      ☐ Occasionnelle

**Prothèse :**

Portez-vous une prothèse orthopédique ? ☐ Oui ☐ Non

Portez-vous un pacemaker ou défibrillateur implantable ? ☐ Oui ☐ Non

↳ Si oui, apporter le carnet de dispositif implantable et un ECG récent.

Portez-vous une prothèse dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Portez-vous des lentilles de contact ? ☐ Oui ☐ Non

**Avez-vous présenté un incident ou un accident d'anesthésie ?**

☐ Non      ☐ Oui > Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté une difficulté d'intubation ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? ☐ Oui ☐ Non

**Avez-vous peur de l'intervention ?**

☐ Pas du tout      ☐ Un peu      ☐ Beaucoup      ☐ Enormément

Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement ?

Médicament	Posologie	Pourquoi ?

# Informations sur l'anesthésie

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques.

**Nous vous demandons de le lire attentivement** afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique, après avoir éventuellement posé toutes questions que vous jugerez utiles.

## → ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHÉSIE

Pour une meilleure organisation des soins et votre sécurité, les médecins anesthésistes de la clinique travaillent en équipe. Ainsi, le médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie n'est pas obligatoirement celui que vous avez vu en consultation, mais celui-ci aura transmis l'ensemble de votre dossier à son confrère. Par ailleurs, l'équipe d'anesthésie assure la permanence des soins 24H/24 et 7 jours/7 dans l'établissement.

## → QU'EST CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet de réaliser un acte chirurgical ou médical (endoscopie digestive, radiologie...) en supprimant ou atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.
- L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est d'anesthésier les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui descendent de la moelle épinière.

Toute anesthésie, quelle qu'elle soit, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation avec un médecin anesthésiste, plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique à votre arrivée dans l'établissement. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix de la technique d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat d'éventuels examens complémentaires prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

## → LA SURVEILLANCE PENDANT L'ANESTHÉSIE

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée de tout le matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. L'essentiel du matériel d'anesthésie est à usage unique et est ainsi jeté après utilisation. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance (salle de réveil). Vous y recevrez les soins post-opératoires correspondant au type d'intervention réalisée (surveillance de l'absence de saignement, soulagement de la douleur...).

## → LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque de complications. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter sans retard.

## → LES INCONVÉNIENTS ET RISQUES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouveaux médicaments employés.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne pré-opératoire 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 des maux de gorge ou un enrouement passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles lors de l'intubation. 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 est posée la perfusion peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.



Des troubles passagers de la mémoire, une sensation de fatigue, une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie. C'est notamment pourquoi il est absolument obligatoire d'être accompagné d'une tierce personne lors de la sortie de l'établissement après une anesthésie ambulatoire. Indépendamment de l'acte d'anesthésie, la position immobile prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions de certains nerfs ou vaisseaux. Cela peut entraîner un engourdissement ou exceptionnellement la paralysie d'un membre. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent en quelques jours ou quelques semaines.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont toujours possibles mais sont extrêmement rares. Pour vous donner un ordre de grandeur, il s'agit d'un cas sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésies.

## → LES INCONVÉNIENTS ET RISQUES DE L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils sont rares, peuvent nécessiter un repos de plusieurs jours ou un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter exceptionnellement de vider la vessie avec une petite sonde. Des douleurs limitées au point de ponction dans le dos sont possibles et durent au maximum quelques jours. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de morphine ou de ses dérivés.

Au cours de l'anesthésie locale en chirurgie ophtalmologique, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie ou une perte des sensations de la zone anesthésiée sont extrêmement rares. Quelques cas sont rapportés, alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année en France.

## → QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé pendant votre opération, le médecin anesthésiste vous en informera.

## → DE FAÇON GÉNÉRALE :

- Jusqu'au jour de votre intervention, vous ne devez prendre aucun médicament autre que votre traitement habituel, sans en avertir au préalable votre chirurgien ou un anesthésiste de la clinique.
- L'intervention et l'anesthésie ne pourront être réalisées si vous êtes souffrant (fièvre, infection, bronchite etc..)

# Consentement pour l'anesthésie

NOM :

PRÉNOM :

Au cours de la consultation d'anesthésie du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ avec le Dr \_\_\_\_\_

- J'ai été informé(e) des bénéfices et des risques de l'anesthésie
- J'ai été informé(e) de la nécessité absolue de rester à jeun durant les 6 heures précédant l'anesthésie
- J'ai pu poser toutes les questions sur l'acte d'anesthésie que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies
- J'accepte les modifications de technique d'anesthésie jugées utiles par le médecin anesthésiste réanimateur qui me prendra en charge le jour de l'intervention chirurgicale
- Je donne mon accord pour la transfusion de sang ou de produits sanguins que mon état de santé pourrait nécessiter en cours d'hospitalisation
- J'ai été informé des honoraires complémentaires de \_\_\_\_\_ euros que je devrai régler pour l'acte d'anesthésie

Date

Signature du patient (ou représentant légal)  
précédée de la mention « lu et approuvé »

*Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.*

Dr S.Choufane - Dr M. Bellon - Dr F.Guischard-Pierrot - Dr C. Nicles - Dr F. Levy - Dr L. Lefebvre - Dr M. Marchand

CONSENTEMENT | 7

# Consignes pour l'anesthésie

## → CONSIGNES DE JEÛNE AVANT L'INTERVENTION :

- Dernière prise alimentaire solide 6 heures avant l'heure de convocation.
- Dernière prise de liquide clair (eau, thé, café, jus de pomme) 4 heures avant l'heure de convocation.
- Ne pas fumer ni vapoter 6 heures avant l'heure de convocation.

## → EN ARRIVANT À LA CLINIQUE :

- Présenter les examens complémentaires
- Présenter le présent passeport d'hospitalisation et autre document médical

## → APRÈS L'INTERVENTION EN AMBULATOIRE (SORTIE LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION) :

### **L'accompagnant :**

La présence d'un accompagnant est indispensable, puisqu'il vous est formellement interdit de quitter l'établissement seul. Prévoyez une personne valide et responsable pour vous raccompagner à l'issue de votre intervention/examen.

### **Nos recommandations :**

Cette liste est non exhaustive, selon avis de votre médecin en rapport avec votre intervention ou examen :

- Ne pas rester seul(e) jusqu'au lendemain matin
- Ne pas conduire, ne pas boire d'alcool pendant les 12 heures qui suivent l'intervention.
- Différer toute décision importante, votre vigilance peut être diminuée.
- N'absorber que les médicaments qui vous ont été prescrits par l'anesthésiste ou le chirurgien.

Je reconnais avoir pris connaissance des consignes qui m'ont été données par le médecin-anesthésiste lors de la consultation.

### **Prise en charge de la douleur :**

Une ordonnance vous sera remise par le chirurgien en post-opératoire.

Fait à Charenton-le-Pont le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient

# Consignes d'hygiène

## → PRÉPARATION À LA MAISON

- Ne pas utiliser de cosmétiques : maquillage, vernis à ongles y compris gels et résines (mains et pieds)
- Se brosser les dents (sans avaler l'eau)
- Retirer ses bijoux (y compris les piercings)

## → DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE

La douche est destinée à éliminer la majorité des microbes naturellement présents sur la peau. Sa bonne réalisation est une mesure nécessaire pour prévenir les infections.

Prendre une douche avec de la bétadine **si prescrite par votre chirurgien**.

Sinon, prendre une douche avec un flacon de **gel douche neuf** la veille et le jour de votre intervention.

### Comment pratiquer la douche :

- Mouiller soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps sous la douche
- Laver tout le corps. Commencer par le haut du corps et terminer par le bas. Insister sur les aisselles, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli inter fessier, les pieds (entre les orteils).
- Rincer abondamment les cheveux, la tête et le corps.
- Faire une seconde application selon l'état cutané
- Rincer abondamment
- Sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres.

## → DÉPILATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Pour certaines interventions, une dépilation vous a été prescrite par votre chirurgien.

La dépilation doit être faite avant la douche la veille de l'intervention.

Respectez la zone de dépilation indiquée par le chirurgien.

La dépilation peut être faite :

- À la crème dépilatoire (type crème sous douche). Respectez le mode d'emploi de la crème utilisée et effectuez le test de réaction 24 h avant utilisation.
- À la tondeuse.

Elle ne doit pas être faite au rasoir.

# Exposition radiologique au bloc opératoire

Dans le cadre de votre intervention chirurgicale au bloc opératoire, votre praticien peut être amené, dans le cadre d'une procédure interventionnelle, à utiliser un appareil émettant des rayons X.

La dose de rayonnements X susceptible de vous être délivrée au cours de la procédure sera la plus faible possible. Elle dépend de nombreux facteurs dont la région anatomique exposée, la nature de l'intervention, la complexité du geste chirurgical ou encore de votre morphologie.

En cas d'état de grossesse avérée ou de suspicion de grossesse, il est **impératif** d'en avertir votre praticien sans délai, quelle que soit la nature de l'intervention programmée.

La dose de rayonnements délivrée au cours de l'intervention sera indiquée dans le compte-rendu opératoire conformément à la réglementation en vigueur.

# Consentement éclairé

Vous avez été informé par votre médecin des modalités du type d'intervention dont vous allez bénéficier. Vous avez reçu des informations précises sur vos problèmes de santé et les raisons qui le conduisent à vous proposer cette intervention.

Vous avez 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.

**JE SOUSSIGNÉ(E)** \_\_\_\_\_

- Certifie avoir pris connaissance des informations concernant l'intervention qui sera réalisée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ par le Dr \_\_\_\_\_ et avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et reçu les réponses satisfaisantes.
- Autorise en toute connaissance de cause, les praticiens de la clinique de Paris-Bercy à pratiquer tous les soins, actes de chirurgie, d'anesthésie, de transfusion et de prélèvements sanguins qu'ils jugeront nécessaires

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

## CAS DU MAJEUR PROTÉGÉ : AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) (nom du représentant légal) \_\_\_\_\_ autorise, en qualité de représentant légal qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée sur \_\_\_\_\_ ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.

**DATE :**

**SIGNATURE :**

Fait à Charenton-le-Pont le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient

# Personne de confiance et directives anticipées

## → DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

« 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. » (Cf. article L.1111-6 du code de la santé publique.)

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. Lors de votre admission, il vous est demandé de désigner par écrit une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, mais vous pouvez la modifier à tout moment. Il vous sera également demandé le nom d'une personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne peut être ou non la même personne que la personne de confiance.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Souhaite :

- ☐ Désigner comme personne de confiance  
☐ Ne pas désigner une personne de confiance

M./Mme : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

## → REMISE DES DIRECTIVES ANTICIPEES

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. » (Cf. article L.1111-11 du code de la santé publique.)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- ☐ Je n'ai pas de directives anticipées et je souhaite en rédiger.  
☐ Je n'ai pas de directives anticipées et je ne souhaite pas en rédiger.  
☐ J'ai des directives anticipées et je m'engage à les transmettre à la clinique.  
☐ J'ai des directives anticipées et je les ai confiées / déposées :  
☐ à mon médecin traitant  
☐ à ma personne de confiance  
☐ sur mon Dossier Médical Partagé (DMP)  
☐ autre, précisez : \_\_\_\_\_

## → DON D'ORGANES

La loi de Bioéthique présume que toute personne est d'accord pour être donneur sauf si elle a exprimé un refus de son vivant : **avez-vous exprimé un refus de tout don d'organe ?**

- ☐ Oui  
☐ Non

Signature du patient

# Fiche tarifaire / Devis

NOM et Prénom du patient : \_\_\_\_\_

## → NOTRE OFFRE HÔTELIÈRE

	Ambre <i>Ambu box solo</i>	Opale <i>Ambu chambre solo</i>	Jade <i>Chambre double</i>	Agate <i>Chambres particulières</i>	Topaze <i>Chambres particulières</i>
Prestations :					
Télé/wifi	✓	✓	☐ +3€	✓	✓
Trousse de bienvenue	✓	✓		✓	✓
Collation améliorée	✓	✓			
Box ou fauteuil	✓				
Chambre particulière		✓		✓	✓
Linge et produits de bain					✓
Peignoir / Chaussons					✓
Nespresso / Bouilloire					✓
Prix par jour	☐ 50€	☐ 95€	☐ 0€	☐ 130€	☐ 160€

**En chambre particulière uniquement**, un lit accompagnant et un petit déjeuner peuvent vous être proposés pour 50€

☐ Je souhaite bénéficier de cette prestation (+50€)



L'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée. Conformément à l'arrêté n°2019-719 du 08/07/2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, les chambres particulières sont facturées du jour de votre entrée au jour de votre sortie inclus.

J'ai pris connaissance des différentes offres hôtelières proposées par l'établissement et j'ai sélectionné le type de chambre dont je souhaite bénéficier.

Signature du patient

## → RESTE À CHARGE

Ils correspondent à la part des soins non pris en charge par l'assurance maladie.

- Le ticket modérateur, selon séjour :

La participation forfaitaire assuré social (PAS) : franchise de **24€**

ou

Autre ticket modérateur (TM) : calculé en fonction des actes

- Le forfait journalier : franchise de **20€** par jour pour tout séjour en hospitalisation complète

Plus d'information sur le site AMELI : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge>

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et m'engage à régler les frais réellement engagés qui sont à ma charge, hors responsabilité de la sécurité sociale.

Signature du patient

## → DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Je reconnais avoir pris connaissance des dépassements d'honoraires éventuels. Ils n'entrent pas dans les recettes de la clinique.

Chirurgien \_\_\_\_\_ €

Anesthésiste \_\_\_\_\_ €

Paiement par carte bancaire, espèces, ou virement bancaire

Signature du patient

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant, à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

## → ANNULATION OU REPORT D'INTERVENTION

En cas d'annulation ou de report d'intervention, **vu au préalable avec votre médecin**, veuillez prévenir la clinique :

- Au **01 43 96 78 45**
- Ou par email **[accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)**

## CONTACTS



### ACCUEIL

Tel : **01 43 96 78 00**

Fax : **01 43 89 94 42**



**[accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)**



### ADMISSION AMBULATOIRE



Tel : **01 43 96 78 00** - tapez **2** puis **1**



### PRÉ ADMISSION

Tel : **01 43 96 78 66**

Tel : **01 43 96 86 22**



**[preadmission@clinique-bercy.fr](mailto:preadmission@clinique-bercy.fr)**

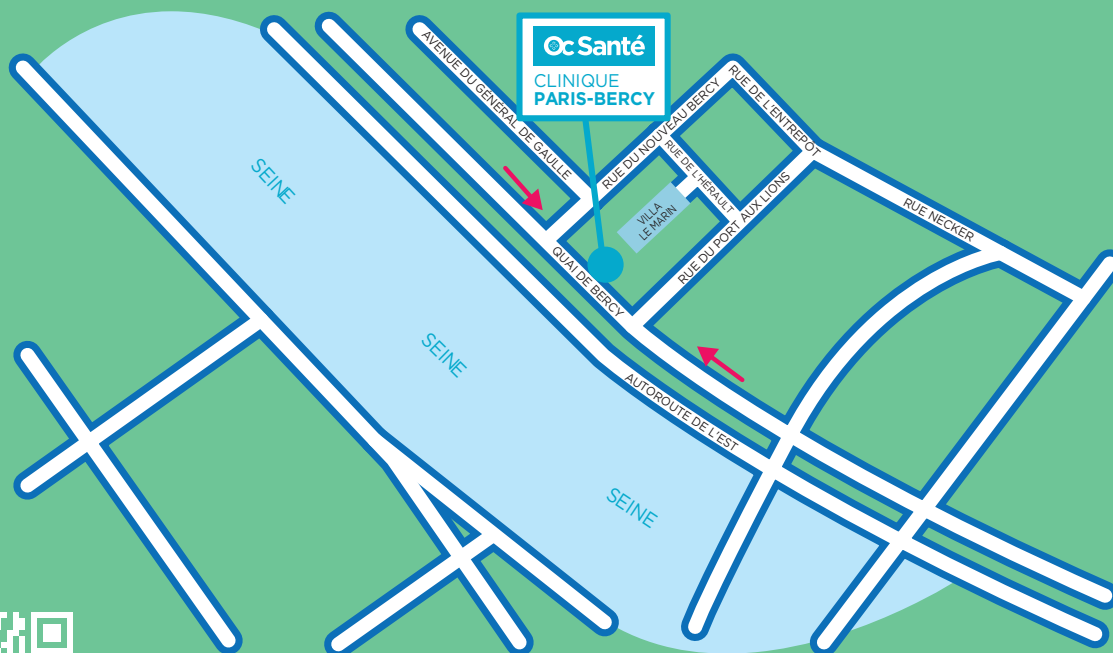


## → TRANSPORTS EN COMMUN

- **En métro ligne 8** : depuis la station Liberté, 10 minutes de marche à pied (avenue de la liberté / rue de l'arcade / quai de Bercy à l'angle de la rue du Port aux Lions) ou prendre le bus 180 direction Villejuif, arrêt Pont Nelson Mandela.  
En descendant à la station Charenton-Écoles, prendre le bus 24 ou bien le bus 109 arrêt Port-aux-Lions.
- **En métro ligne 14** : Descendre à la station Cour Saint-Émilion, puis prendre le bus 109 ou 24 arrêt Port-aux-Lions.
- **En RER ligne A** : descendre Gare de Lyon, puis prendre le bus 24 arrêt Port-aux-Lions.

## → EN VOITURE

- **En venant de Paris**, sortir Porte de Bercy, suivre direction Charenton-Bercy2 puis Charenton Centre.
- **Depuis l'autoroute A4**, sortir à Charenton Centre / Charenton Bercy et suivre le Quai des arrières jusqu'au Quai de Bercy.
- **En venant de Charenton**, rejoindre le Quai des Carrières puis Quai de Bercy, ou rue de Paris puis avenue de la Liberté et ensuite Quai de Bercy.



BER-PA-2025-54



[www.oc-sante.fr](http://www.oc-sante.fr)

f in @

**CLINIQUE PARIS-BERCY**

Médecine - Chirurgie

9, quai de Bercy  
94220 Charenton-le-Pont

☎ **01 43 96 78 00**

[accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)