

# CADRES RÉSERVÉS A L'ETABLISSEMENT



## Livret d'Information Patient

Avant une intervention chirurgicale et/ou un acte sous anesthésie

### ONCO - HEMATOLOGIE Biopsie Ostéomédullaire

#### ÉLÉMENT DU DOSSIER MEDICAL

#### ATTENTION !

Ce livret est à compléter et à rapporter impérativement pour la consultation pré-anesthésique accompagné des documents suivants :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **Vos ordonnances et vos médicaments en cours si vous suivez un traitement**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)...
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

En plus des documents ci-dessus, **pour un PATIENT MINEUR, il est obligatoire de présenter les documents suivants :**

- La carte d'identité ou le passeport en cours de validité **du ou des titulaires de l'autorité parentale**
- Le livret de famille
- Le carnet de santé et de vaccination

Ce livret sera inséré dans votre dossier patient.

Si votre RDV de consultation pré-anesthésique n'a pas été pris par votre médecin ou son secrétariat, veuillez contacter dans les plus brefs délais le 04.94.12.55.75 du lundi au jeudi de 8h00 à 19h00 / le vendredi de 8h00 à 17h30

#### RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Merci de vous présenter à l'Accueil de l'Etablissement avant votre RDV

Le ..... à ..... heures .....

#### Contrôle du Livret d'Information Patient

Rubriques complétées et/ou signées :	OUI	NON
• Identification du patient (verso couverture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autorité parentale pour patient mineur (p. 2 et 23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consentement éclairé chirurgical (p. 8) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consentement éclairé anesthésique (p. 9) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Evaluation risque ATNC (p. 10) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Questionnaire anesthésie (p. 14 à 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autorisations du patient (p. 23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Engagement du patient hospitalisé (p. 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Contrôle N°1 : Secrétaire Anesthésistes

NOM : .....  
SIGNATURE :

#### Contrôle N°2 : IDE du Service de Soins

NOM : .....  
SIGNATURE :

\* A contrôler également par le Bloc Opératoire

# Identification du Patient

**Article L162-21 du Code de la Sécurité Sociale :**  
« (...) Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. »

**Manuel de Certification V2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS), critère 15a :**  
« Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte thérapeutique ou diagnostique ».



**L'identitovigilance** a pour objet la surveillance et la gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients tout au long de leur prise en charge (soins, administrative...) et de leur parcours dans l'établissement.

Afin de répondre à l'Instruction N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins, lors de votre hospitalisation, **nous vous identifions par votre nom de naissance.**

Un **bracelet d'identification** vous sera posé lors de votre admission dans le service de soins, vous le conserverez tout au long de votre séjour dans notre établissement.



Nom de naissance .....

Nom d'usage .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél ..... Portable .....

Adresse mail .....

Pharmacie habituelle .....

Date prévue d'intervention : .....

Date et heure prévues d'hospitalisation : .....

Cadre réservé à l'Etablissement

Etiquette Patient



## Les Établissements Sainte Marguerite

**Clinique du Golfe de Saint-Tropez**



Pôle de Santé du Golfe  
RD 559 - RP Général D. Brosset 83580 GASSIN  
Tél : 04 98 12 70 00 Fax : 04 98 12 70 04  
clinique-golfe-saint-tropez.fr



**Sainte Marguerite**



Avenue Alexis Godillot 83400 HYERES  
Tél : 04 94 12 85 85 Fax : 04 94 12 55 67  
hpth-sainte-marguerite.fr

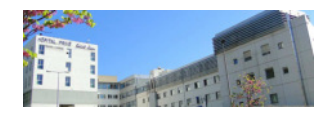


**Hôpital Privé Toulon Hyères**

**Saint Jean**



Avenue Georges Bizet 83000 TOULON  
Tél : 04 94 16 30 30 Fax : 04 94 16 30 58  
hpth-saint-jean.fr



**Saint Roch**



99 avenue Saint-Roch 83000 TOULON  
Tél : 04 94 18 89 00 Fax : 04 94 18 89 23  
hpth-saint-roch.fr



**Clinique de La Ciotat**



Boulevard Lamartine 13600 LA CIOTAT  
Tél : 0 826 20 75 80 Fax : 04 42 08 73 44  
www.clinique-de-la-ciotat.fr



**Vert Coteau**



96, Avenue des Caillols 13012 MARSEILLE  
Tél : 0 826 20 73 12 Fax : 04 91 18 65 27  
hpm-vert-coteau.fr

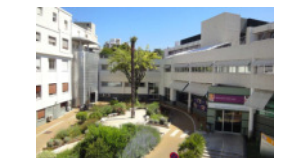


**Hôpital Privé Marseille**

**Beauregard**



23, Rue des Linots - 13012 MARSEILLE  
Tél : 0 825 74 34 34 Fax : 04 91 12 10 15  
hpm-beauregard.fr



**Soins Assistance**



Le Plein Ouest Bât C - 1, Rue Albert Cohen  
13016 MARSEILLE  
Tél : 04 96 20 66 66  
www.soins-assistance.org



**Centre de La Seyne**

Avenue Jules Renard  
83500 La Seyne sur Mer  
Tél : 04 98 00 25 36 Fax : 04 98 00 25 35  
www.association-dialyse-varoise.fr



**Centre de Toulon**

Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean  
1 avenue Georges Bizet  
83000 TOULON  
Tél : 04 94 16 67 67 Fax : 04 94 16 67 68  
www.association-dialyse-varoise.fr



**Centre de Gassin**

Espace Santé Gassin  
Quartier Saint-Martin - D559  
83580 GASSIN  
Tél : 04 94 43 39 03 Fax : 04 94 43 39 05  
www.association-dialyse-varoise.fr

