# I I

#### **DEMANDE D'ADMISSION**

Ce document permet une démarche administrative accélérée.

#### À RETOURNER AU PLUS TARD 10 JOURS AVANT LA DATE D'ENTRÉE À LA CLINIQUE :

- Directement à l'accueil du bâtiment Hospitalisation du lundi au dimanche de 8h à 20h,
- Par voie postale,
- Par mail en scannant toutes les pièces demandées :
  - Pour l'ambulatoire ou l'H.T.P : planning.ambulatoire@infirmerie-protestante.com
  - Pour l'hospitalisation complète : planning@infirmerie-protestante.com

#### Avec les éléments suivants :

- √ Ce document demande d'admission dûment rempli.
- 2 photocopies de votre pièce d'identité.
- ✓ Carte vitale à jour de droits ou attestation CMU/AME.
- Pour les patients mineurs,
  - 2 photocopies de la carte d'identité du mineur,
  - 2 photocopies de la carte d'identité des 2 parents,
  - Livret de famille.
- √ 2 photocopies de votre carte de mutuelle recto/verso.

Afin de bénéficier du 1/3 payant, demandez à votre mutuelle de nous envoyer une prise en charge détaillée :

- O **Pour l'ambulatoire ou l'H.T.P** : planning.ambulatoire@infirmerie-protestante.com ou par fax au 04 72 00 71 09.
- Pour l'hospitalisation complète : planning@infirmerie-protestante.com ou par fax au 04 72 00 70 54.

#### À défaut, nous vous facturerons directement les frais d'hospitalisation.

Renseignements pour votre mutuelle :

Code discipline médico-tarifaire (DMT) : 181 pour la chirurgie - 174 pour la médecine 23 pour l'ambulatoire - 03 pour l'hospitalisation complète N°FINESS Infirmerie Protestante: 690793468.

V En cas d'accident de travail, l'attestation de la déclaration d'accident de travail.

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SECRÉTARIAT MÉDICAL		
Date d'entrée prévue :/		
Docteur :		
Hospitalisation complète Ambulatoire HTP Soins Externes Chimiothérapie		



# IDENTITÉ ET ÉLÉMENTS ADMINISTRATIFS PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT (MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES) **VOTRE IDENTITÉ** Adresse: CP:.....Ville: E.mail: Ne pas divulguer ma présence au sein de votre établissement MÉDECIN TRAITANT Nom du médecin traitant : Téléphone : ...... Email : ..... **VOTRE PROTECTION SOCIALE : SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE** Nom et adresse du centre de remboursement assurance maladie : ..... N° d'immatriculation de l'assuré : Nom de votre mutuelle : S'il s'agit d'un accident du travail, veuillez préciser la date : ......./................. ( joindre la copie de la feuille d'AT) **ENGAGEMENT À PAYER** Je m'engage à régler les frais de séjour, les honoraires médicaux restants à ma charge et les frais éventuels de prestations hôtelières : chambre Particulière, Opale, Emeraude, téléphone, télévision, Wi-Fi... En cas d'hospitalisation complète : - un chèque de caution de 200 € vous sera demandé lors de votre admission, il vous sera rendu après paiement total de la facture. - un chèque de caution de 30 € et un pré-paiement pour la télévision. ARGENT - OBJET DE VALEUR Je certifie avoir été invité(e) à n'apporter aucun objet précieux m'appartenant. La clinique décline toute responsabilité en cas de détérioration ou disparition. DROIT À L'INFORMATION Je reconnais avoir été informé(e) des modalités d'exercice du droit d'accès à mon dossier médical ou à celui du malade que je représente. J'autorise l'utilisation de mon adresse mail et numéro de téléphone portable dans le cas de ma prise en charge soignante et administrative. Je suis informé(e) du traitement informatique de mes données personnelles. Signature obligatoire Le ...../..../...../



#### OFFRES HÔTELIÈRES

#### **VOTRE SÉJOUR À LA CARTE**

Le choix de chambre sera pris en compte sous réserve de disponibilité. La plupart des mutuelles prennent en charge les chambres particulières. Renseignez-vous!

# PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT Cochez la case correspondante à votre choix de chambre :

Cochez la case correspondante à votre choix de chambre :			
AMBULATOIRE			
CHAMBRE PARTICULIÈRE - 50€/jour CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)  Le temps passé dans une chambre en chirurgie ambulatoire peut être variable. Renseignez-vous auprès de votre médecin. Il correspond surtout au retour de bloc ou d'examen. Vous serez ensuite conduit au salon de pré-sortie où vous aurez la possibilité de prendre une collation.			
HOSPITALISATION COMPLÈTE			
CHAMBRE PARTICULIÈRE - 95€/jour  - Votre chambre privative  - Wi-Fi en illimité  CALME ET TRANQUILITÉ			
OFFRE OPALE - 140€/jour  - Votre chambre privative  - Wi-Fi et Télévision en illimité  - Mise à disposition de serviettes de toilette, draps de bain et un nécessaire de toilette  - Un journal quotidien au choix chaque jour  - Petit-déjeuner continental*			
CHAMBRE ÉMERAUDE - 220€/jour  - Chambre privative entièrement réaménagée  - Mobilier contemporain, coin salon  - Salle de bains douche à l'italienne  - Téléviseur grand écran (Canal+ / Canalsat), Wi-Fi, forfait téléphone inclus (50€)  - Des équipements de confort : réfrigérateur, mini bar, cafetière Nespresso, sèche-cheveux  - Trousse de toilette en daim produit Lanvin  - Mise à disposition de serviettes de toilettes, draps de bains et peignoir  - Un journal quotidien au choix chaque jour et un magazine par semaine  - Petit-déjeuner continental et repas Plaisir à la carte*			
CHAMBRE DOUBLE (sans supplément)			
PRESTATIONS HÔTELIÈRES  Abonnement téléphone : 0,76 €/ jour (+ consommation réelle)  Abonnement TV : 5,75€/ jour (Tarif dégressif à partir du 6èmejour)  Lit couchette** – pdj inclus : 35,00 € (Voir conditions)  Lit couchette** pour les offres Emeraude/Opale - pdj continental inclus : 40,00 € (Voir conditions)  Déjeuner à la cafétéria (Paiement à la cafétéria)  Plateau-repas déjeuner / dîner : 9.00 € (Commande et paiement à la boutique)			

Plateau-repas déjeuner / dîner en chambre Emeraude : 20,00 € (Commande et paiement à la boutique)

<sup>\*</sup> Sauf contre-indication médicale \*\* Pour accompagnant





### **INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON**

1-3 chemin du Penthod 69641 CALUIRE CEDEX

Tél.: 04 72 00 72 00

Association régie par la loi 1901

Etablissement conventionné par la Sécurité Sociale



# DROITS ET INFORMATIONS

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT				
Nom : Prénom :	Date de naissance :			
ses missions, elle pourra vous accompagner dans hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera cons l'information médicale à votre place et sera votre p  Je ne souhaite pas désigner de personne de confin  Je souhaite désigner comme personne de confian	ance.			
PERSONNE À PRÉVENIR SI DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE  Merci de nous indiquer la personne à prévenir :  Nom :				
MINEUR ET PATIENT SOUS TUTELLE OU CURATELLE : AUTORISATION D'OPÉRER  Pour les patients mineurs :  Ce document doit être obligatoirement signé par les deux titulaires de l'autorité parentale.  À défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu.  Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devrez en apporter la preuve. (livret de famille / attestation de jugement)				
Représentant légal 1 Nom : Prénom : Fait le : Signature Représentant légal 1  Pour les patients sous tutelle ou curatelle : Nom : Prénom : Fait le :  Signature du Tuteur	Représentant légal 2  Nom :  Prénom :  Fait le :  Signature Représentant légal 2			
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.  Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.				

B62-EN-ADM005-V12



# DROITS ET INFORMATIONS

#### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

- 1- A l'occasion de la consultation avec le praticien, il m'a été exposé dans le détail, de manière loyale, claire et appropriée :
  - les informations précises relatives à ma pathologie et son évolution possible en cas de refus d'intervention thérapeutique,
  - la description et le déroulement des examens, investigations, soins, intervention envisagés et des alternatives possibles,
  - · leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés,
  - · leurs conséquences et leurs inconvénients,
  - leurs complications possibles (liées aux suites opératoires, à la pathologie dont je souffre, à toute autre maladie dont je puis être porteur ou à des réactions individuelles imprévisibles), leurs risques, y compris anesthésiques, infectieux et vitaux, et l'éventualité de reprises chirurgicales.
  - · les précautions particulières et générales que je dois prendre.
- 2- Je reconnais qu'il a été procédé à une évaluation « bénéfices / risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

Je confirme avoir pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note qu'il existe, outre les risques précédemment cités, une imprévisibilité de durée d'hospitalisation, d'aspect ou de forme anatomique, de délai de cicatrisation, etc., ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus. Je vous fais confiance pour utiliser les moyens dont vous disposez pour approcher le résultat souhaité.

**3-** J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'hospitalisation vous pouviez vous trouver face à une découverte, un événement imprévu, imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, à effectuer tout autre acte que vous estimeriez nécessaire : transfusion, perfusion de produits dérivés du sang, analyses biologiques de dépistage (HIV, hépatites B et C, maladies infectieuses).

Je vous confirme que les explications fournies l'ont été dans des termes suffisamment clairs pour arrêter mon choix en confiance et vous demander de pratiquer l'anesthésie, l'intervention et/ou l'exploration médicale et tout actes complémentaires qui seraient nécessaires.

Date et signature obligatoires

Signature

Précédée par «j'accepte les soins proposés»

#### **DIRECTIVES ANTICIPÉES - Facultatif**

Toute personne peut se prémunir contre son incapacité en laissant des instructions sur les décisions à prendre concernant sa santé ou sa fin de vie, pour le jour ou elle ne pourra plus exprimer sa volonté. Vous pouvez rédiger des directives anticipées à tout moment. Elles doivent contenir l'indication de vos noms et prénoms ainsi que votre date et lieu de naissance.

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Lieu de naissance:	
Directives anticipées :		

Pour vous aider dans votre démarche, parlez-en à votre praticien et/ou aux soignants.