CLINIQUE DROUOT
RÉMUSAT

Passeport Patient

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) à la Clinique Drouot Rémusat, 21 rue de Rémusat – 75016 Paris.

Toute les équipes vous souhaitent la bienvenue et vous remercient de votre confiance.

Pour une bonne prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir lire ce document qui vous apportera les informations nécessaires pour votre séjour.

Toutes nos équipes sont mobilisées pour vous aider à préparer votre séjour et contribuer à renforcer votre confiance en la qualité et la sécurité des soins qui vous seront dispensés.

Nous vous souhaitons un bon séjour dans notre établissement.

Avant votre hospitalisation

Lors de vos consultations avec le chirurgien et l'anesthésiste, vous avez reçu toutes les informations relatives à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésie (documents d'informations et consentements éclairés, consignes pour la préparation cutanée, consigne pour le jeûne, ordonnances). Nous vous remercions de bien en prendre connaissance.
La veille de votre hospitalisation, vous recevrez un sms vous indiquant votre heure d'arrivée avec le rappel des consignes préopératoires.

Nous vous demandons de bien respecter ces consignes et de nous signaler toute modification de votre état depuis votre consultation d'anesthésie (fièvre, toux, problème d'allergie, plaie sur la zone à opérer…)

Formalités d'admission

Afin de faciliter votre admission, vous recevrez un email qui vous donnera l'accès au portail patient sécurisé de l'établissement (https://patient.clinique-remusat.fr) afin d'effectuer toutes les démarches administratives de manière dématérialisée. Vous pourrez également, si besoin, compléter sur place les documents.

Nous vous remercions d'apporter avec vous les documents suivants :

- Pièce d'identité valide (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Carte vitale
- Carte CSS ou AME (si concerné)
- Carte de mutuelle
- Résultats des examens demandés par le chirurgien et/ou l'anesthésiste (si demandé)
- Le matériel prescrit par le chirurgien (si demandé)
- Votre carte de groupe sanguin (si possible)

Pour les patients mineurs (ou sous tutelle) :

- L'autorisation d'opérer complétée et signée avec les pièces d'identité des 2 parents est obligatoire.

Pour les patients européens/étrangers :

- La carte d'assurance européenne E112 ou une preuve d'une assurance de santé privée.

Si vous n'avez pas de couverture sociale française, vous devrez procéder à un règlement en avance (caution) qui vous sera restitué quand vous aurez réglé tous les frais d'hospitalisation.
Nous vous remercions d'apporter avec vous les moyens de paiements acceptés par notre établissement (CB, chèques ou espèces).

Durant votre hospitalisation

Vous serez pris en charge par des équipes médicales et paramédicales dédiées qui veilleront sur votre prise en charge durant votre séjour (chirurgien, anesthésiste, équipes du bloc opératoire, équipes de soins infirmiers, secrétaires médicales …)

Dès votre retour en chambre, une collation vous sera servie en fonction des consignes médicales et un questionnaire de satisfaction vous sera remis. Nous vous remercions par avance de bien vouloir le compléter et le remettre à l'infirmière de l'étage. Le chirurgien ou l'anesthésiste passeront vous voir avant votre départ.

Après votre hospitalisation

La sortie de l'établissement s'effectuera après l'évaluation de votre état de récupération par les équipes médicales. Les infirmières vous remettront les ordonnances post-opératoires et vous expliqueront les consignes prescrites par le chirurgien et par l'anesthésiste. Les secrétaires vous remettront les documents de sortie (bulletin d'hospitalisation, bordereau de facturation).
Avant votre départ, pensez à bien récupérer vos affaires personnelles.

Dès votre retour au domicile et pour votre sécurité, vous devrez respecter les consignes suivantes :

- Prévoir la présence d'un proche jusqu'au lendemain de l'intervention
- Respecter les prescriptions : prise de médicaments, entretien du pansement (infirmière à domicile)
- Ne pas prendre de décision importante dans les jours qui suivent votre intervention
- Respecter les consignes du chirurgien/anesthésiste au sujet de la conduite d'un véhicule et la reprise d'une activité professionnelle.

Le lendemain de votre retour à domicile, une infirmière vous contactera pour s'assurer des bonnes suites opératoires. N'hésitez pas à lui faire part de vos remarques ou interrogations.

En cas de questions n'hésitez pas à joindre la clinique 24h/24h au 01 44 14 11 11

Vos droits - Nos engagements

LA COMMISSION DES USAGERS : La CDU a pour mission de veiller à ce que vos droits soient respectés et de répondre à vos demandes. L'établissement a pour mission de veiller au respect de vos droits et de contribuer à l'amélioration de votre accueil et de votre prise en charge. Vous pouvez déclarer tout dysfonctionnement à votre médecin, à l'équipe paramédicale, ou via le questionnaire de satisfaction qui vous est remis lors de votre séjour. Vous pouvez prendre contact avec la Représentante des Usagers, Mme Rachel CHRIQUI (Email : rchriqui_RU@mailo.com) ou avec la Direction de l'établissement, ou via le portail de déclaration : https://signalement-.social-sante.gouv.fr.. La Direction veillera à ce que votre réclamation soit instruite selon les modalités prescrites par le Code de la Santé Publique art.R.1112-91 à R-1112-94 (*) et fera le lien avec la CDU ou l'ARS.

ACCES A VOTRE DOSSIER MEDICAL : Vous avez le droit d'accéder à l'ensemble des informations concernant votre santé directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désigneriez à cet effet. Cette communication a lieu au plus tard dans les 8 jours à compter de la date de réception de votre demande. Si les informations auxquelles vous souhaitez accéder datent de plus de 5 ans, un délai de 2 mois sera nécessaire à leur communication. Si vous souhaitez en obtenir la photocopie, quel qu'en soit le support, les frais de reproduction et le cas échéant d'envoi (tarif postal) seront à votre charge.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : Nos équipes sont à vos côtés pour vous écouter, vous soutenir et vous aider à gérer votre douleur en répondant à vos questions, en vous expliquant les soins que nous allons vous faire et en utilisant les moyens thérapeutiques adaptés à vos besoins. En cas de questions n'hésitez pas à joindre la clinique 24h/24h au 01 44 14 11 11

Règlement intérieur des patients

CHOIX DE LA CHAMBRE : Vous avez la possibilité de choisir le type de chambre dans lequel vous souhaitez séjourner : chambre individuelle ou chambre double. Nous ferons tout notre possible pour vous donner satisfaction en prenant en compte le caractère imprévisible de certaines hospitalisations.

OBJETS DE VALEURS : Il est déconseillé d'apporter des objets de valeur. Toutefois, toutes les chambres sont dotées de coffres-forts permettant de déposer ses objets personnels. La responsabilité de la Clinique ne pourrait être engagée en cas de vol, disparition ou détérioration de tout objet qui n'aurait pas été déposé au coffre.

VISITES

- Service Ambulatoire : les visites sont strictement interdites.
- Service Hospitalisation : les visites sont autorisées jusqu'à 20h et limitées à 1 personne durant 15 mn.
- Patient mineur : 1 seul parent est autorisé à accompagner son enfant (ambulatoire ou hospitalisation)
- Hall d'accueil : 2 accompagnants par patient hospitalisé sont autorisés à patienter dans le hall d'accueil.

HYGIENE : En application de la réglementation en vigueur relative à la lutte contre le tabagisme, il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans les chambres et l'ensemble des locaux de l'établissement.

MEDICAMENTS : Si vous avez un traitement médicamenteux en cours lors de votre admission, vous devez impérativement le signaler au personnel infirmier et le lui remettre. Le traitement pharmaceutique qui vous est prescrit durant votre séjour est fourni par la pharmacie à usage intérieur de la Clinique. Toutefois, si des médicaments de votre traitement « de ville », maintenus pendant l'hospitalisation, s'avéraient indisponibles et insubstituables, nous nous réservons la possibilité d'avoir recours à vos médicaments personnels après vérification de la qualité de ceux-ci.

TARIFS : La clinique applique le tarif conventionné par la sécurité sociale. Toutefois, pour les interventions couvertes par la sécurité sociale, il restera à votre charge :

- Un forfait journalier de 20€ pour les séjours en hospitalisation
- Un forfait de 75€ pour les séjours en ambulatoire
- La participation forfaitaire de 24€ pour les séjours en ambulatoires et en hospitalisation dont les actes CCAM dépassent 120€, sinon un ticket modérateur de 20% des frais du séjour resteront à votre charge (ces frais pourraient vous être remboursés par votre mutuelle)

  Et éventuellement :
- Les suppléments non couverts par la sécurité sociale pour lesquels une caution serait demandée
- Le supplément d'une chambre particulière en ambulatoire : 120€/jour
- Le supplément d'une chambre particulière en hospitalisation : 250€/nuit
- Le forfait multimédia de 10€ pour la télévision, le wifi et le téléphone

Les règlements pourront s'effectuer par CB Visa et Mastercard, chèque ou espèces. Si vous n'êtes pas pris en charge par la sécurité sociale, un acompte vous sera demandé lors de votre admission (les frais d'hospitalisation demeureront à votre charge)

Check-List

Avant votre intervention :

Lire les documents qui vous ont été remis par le chirurgien et par l'anesthésiste :

- ☐ Document d'information sur l'intervention
- ☐ Document d'information sur l'anesthésie
- ☐ Consignes sur la préparation cutanée
- ☐ Consignes sur le jeûne préopératoire

A apporter pour le dossier médical :

- ☐ Résultats des examens demandés par le médecin
- ☐ Médicaments prescrits par l'anesthésiste
- ☐ Matériel prescrit par le chirurgien si nécessaire

A signer et apporter pour le dossier administratif :

- ☐ Doc n° 1 : Reconnaissance d'information et consentement accordé à la chirurgie
- ☐ Doc n° 2 : Reconnaissance d'information et consentement accordé à l'anesthésie
- ☐ Doc n° 3 : Désignation de la personne de confiance
- ☐ Doc n° 4 : Autorisation d'opérer pour mineur ou majeur protégé
- ☐ Doc n° 5 : Consentement pour enquête E-Satis
- ☐ Doc n°6 : Autorisation de droit à l'image
- ☐ Carte d'identité
- ☐ Carte vitale ou AME ou CMU
- ☐ Carte de mutuelle

Documents remis à votre sortie :

- ☐ Bulletin de situation
- ☐ Bordereau de facturation
- ☐ Ordonnances de sortie du chirurgien et de l'anesthésiste
- ☐ Compte-rendu opératoire (*sur le portail patient*)
- ☐ Compte-rendu d'hospitalisation / lettre de liaison (*sur le portail patient*)

CLINIQUE DROUOT RÉMUSAT

Document n° 1
à rapporter à la clinique, signé

RECONNAISSANCE D'INFORMATION DONNEE ET CONSENTEMENT ECLAIRE A LA CHIRURGIE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Reconnais avoir reçu du praticien qui a prescrit l'hospitalisation toute l'information souhaitée, simple et intelligible, concernant :

- La nature de ma maladie et des risques auxquels je serai confronté en l'absence d'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Le type d'intervention proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.
- La nécessité d'une préparation cutanéo-muqueuse afin de prévenir au mieux la survenue d'infections nosocomiales.

J'atteste qu'il m'a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

J'atteste m'engager à réaliser la prescription prescrite.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, l'opérateur peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

Date : .....

Signature : .....

Document n° 2
à rapporter à la clinique, signé

RECONNAISSANCE D'INFORMATION DONNEE ET CONSENTEMENT ECLAIRE A L'ANESTHESIE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Reconnais avoir été suffisamment informé par l'anesthésiste des avantages et risques de l'anesthésie. J'atteste avoir compris les explications qui m'ont été données et avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais.

J'accepte les modifications de méthodes d'anesthésie qui pourraient intervenir au cours de mon intervention et je donne mon accord pour tout examen jugé nécessaire.

Ce document, qui ne dégage en rien les praticiens de leur responsabilité, est une simple attestation du fait que j'ai été informé(e).

Date : .....

Signature : .....

CLINIQUE DROUOT RÉMUSAT

Document n°3
à rapporter à la clinique, signé

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

Email : .....

☐ **Souhaite désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour au sein de la Clinique Rémusat**

Nom et prénom :	
Né(e) le :	à :
Demeurant :	
Téléphone :	E-Mail :
Cette personne de confiance est :	
☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Un(e) ami(e) ☐ Mon médecin traitant	
☐ Je souhaite que cette personne m'accompagne dans mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions	

☐ **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance, mais suis informé de la possibilité de changer d'avis et le faire ultérieurement au cours de mon séjour.**

Le : Le :

....

Signature du patient Signature de la personne de confiance

CLINIQUE DROUOT RÉMUSAT

Document n° 4
à rapporter à la clinique

AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR OU MAJEUR PROTEGE

La signature des représentants légaux est obligatoire

Nous soussigné(e)s :

Représentant 1 :		Représentant 2 :	
Nom	.....	Nom	.....
Prénom	.....	Prénom	.....
Qualité	.....	Qualité	.....

Déclarons autoriser Mr / Mme :.....

à être opéré(e) à la Clinique Drouot Rémusat par le Docteur : .....

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant :

☐ **Conjointement** (les deux parents)

☐ **Seul(e)** (la preuve doit impérativement être présentée le jour de l'intervention)

Le :	Le :
.....	.....
Signature du Représentant 1	Signature du Représentant 2

CLINIQUE DROUOT RÉMUSAT

Document n° 5
à rapporter à la clinique, signé

CONSENTEMENT EXPRESS POUR ENQUETE E-SATISFACTION

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration de la qualité des soins dans l'établissement, nous organisons, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS) le recueil d'indicateurs de satisfaction.

Ces indicateurs sont publiés chaque année sur le site de cette dernière (https://www.has-sante.fr).

C'est la raison pour laquelle tous les patients doivent pouvoir répondre s'ils souhaitent ou non participer à cette enquête.

En cas d'acceptation et si vous répondez aux critères de sélection définis par la HAS, vous recevrez par email quelques jours après votre sortie un lien internet qui vous permettra d'accéder à un questionnaire de satisfaction en ligne.

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

☐ **Accepte de participer**

☐ **Refuse de participer**

☐ **Ne suis pas en mesure de participer**

Email : .....

Date d'entrée : .....

Date de sortie : .....

Date : .....

Signature : .....

Document n° 6
à rapporter à la clinique, signé

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Email : .....

☐ **Autorise**

à titre gratuit la Clinique Rémusat et tout praticien exerçant au sein de la Clinique Rémusat et signataire de la « Charte de Fonctionnement et d'Excellence CONSULTATION DROUOT SPORT » à :

- me filmer et m'enregistrer lors de de la réalisation de films d'information du public et de formation des professionnels de santé sur les techniques médicales développées au sein de l'établissement et sur son projet médical de RAAC (réhabilitation accélérée après chirurgie)
- à reproduire et diffuser ces enregistrements lors de projections à but non lucratif
- à diffuser ces enregistrements sur www.clinique-drouot.com et www.clinique-remusat.fr
- à diffuser ces enregistrements sur ses réseaux sociaux (Linkedin, Facebook, Instagram)

☐ **N'Autorise pas**

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à :

Clinique Rémusat - 21 rue de Rémusat - 75016 Paris

Fait à : .....

Date : .....

Signature : .....