



Clinique des Cèdres

Livret d'accueil

UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE



21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

Bienvenue

à la clinique des cèdres

L'ensemble du personnel veille à ce que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions. Ce livret, réalisé à votre intention, contient les informations destinées à vous aider dans vos démarches administratives et votre parcours de soins. Il vous informe également des différents services proposés pour rendre votre séjour agréable.

Si des interrogations persistent, n'hésitez pas à contacter le cadre soignant de votre unité d'hospitalisation ou le personnel ; chacun fera le maximum pour vous apporter aide et soutien. Un séjour le plus agréable possible, tel est le vœu qu'expriment en mon nom toutes celles et ceux qui participent à l'activité de notre établissement.

Dr Guillaume RICHALET

Président Directeur Général

Sommaire

- 05 • Check-list d'entrée
- 06 • Présentation de l'établissement
- 08 • Un lieu neutre
- 10 • Avant votre admission
- 12 • La veille de votre admission
- 14 • Accueil administratif / Service
- 16 • L'équipe médicale et paramédicale
- 17 • Informations et consignes
- 20 • Organisation de votre sortie
- 23 • Les frais d'hospitalisation
- 25 • Vos droits

Annexes

- Fiche 1** - Demande de chambre particulière
Engagement de paiement
- Fiche 2** - Questionnaire de consultation de pré-anesthésie
- Fiche 3** - Consentement éclairé Chirurgie
- Fiche 4** - Autorisation d'opérer mineur / majeur protégé
- Fiche 5** - Fiche de désignation de la Personne de Confiance
- Fiche 6** - Formulaire de directives anticipées
- Fiche 7** - Interface Expert Santé-SISRA et DMP
- Fiche 8** - Frais pouvant rester à votre charge
- Fiche 9** - Commission des Usagers
- Fiche 10** - Indicateurs Qualité Sécurité des Soins

Check-list

d'entrée

Documents et pièces à préparer

Consultation d'anesthésie

- ☐ Toutes vos ordonnances de médicaments
- ☐ Questionnaire de pré anesthésie (à renseigner)

Admission

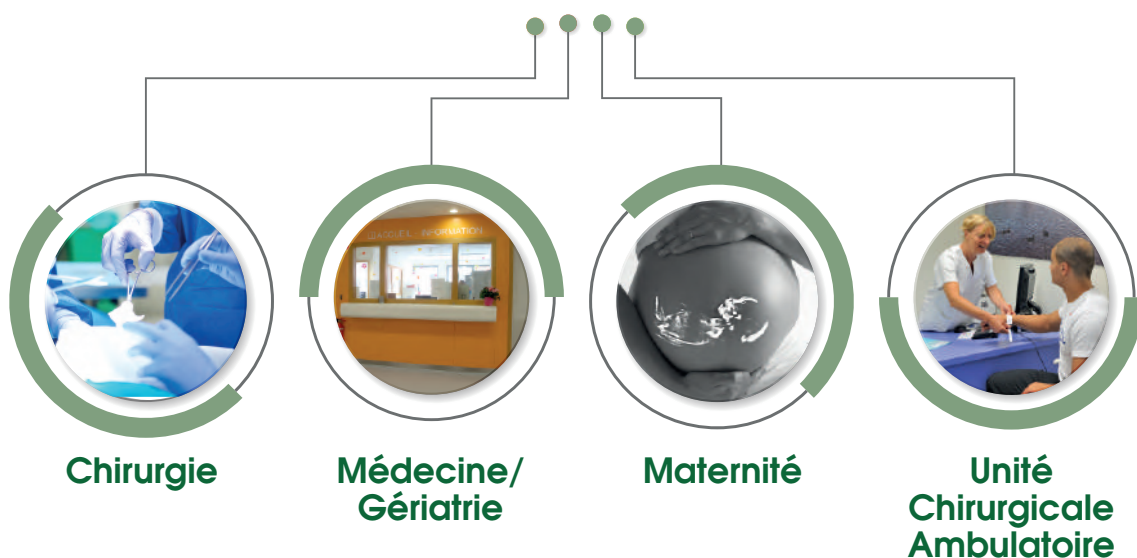
- ☐ Carte d'identité ou passeport
- ☐ Carte vitale ou tout document justifiant de votre couverture sociale
- ☐ Carte mutuelle
- ☐ Le triptyque établi par votre employeur (en cas d'accident du travail)
- ☐ Attestation CMU (le cas échéant)
- ☐ La carte européenne d'assurance maladie ou formulaire E112

Accueil dans le service

- ☐ Fiche de consentement éclairé (Fiche 3)
- ☐ Fiche de désignation de la personne de confiance (Fiche 5)
- ☐ Documents d'informations/consentements de l'anesthésiste et du chirurgien
- ☐ Autorisation d'opérer (mineurs et majeurs protégés) (Fiche 4)
- ☐ Carte de groupe sanguin
- ☐ Résultats d'examens de laboratoire
- ☐ Echographies, radiographies, électrocardiogrammes
- ☐ Ordonnances des traitements en cours et boîtes de médicaments
- ☐ Carnet de santé de l'enfant et carnet de vaccination
(vous seront éventuellement demandés par le médecin ou l'anesthésiste.)
- ☐ Matériel prescrit par le chirurgien (exemple : attèles, bandes de contention, béquilles.....)
- ☐ Etais de protection lunettes, prothèses dentaires ou auditives.

Présentation de l'établissement

SERVICES D'HOSPITALISATION



VOS SERVICES



Bloc opératoire

- 16 salles d'opération
- Salle de Surveillance Post-Interventionnelle



Bloc Obstétrical

- 7 salles d'accouchement
- 1 salle nature



PLATEAU TECHNIQUE



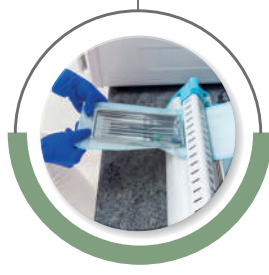
Unité de soins continus

- 4 postes



Urgences

- Ouvert 24H/24h



Stérilisation centrale

Un lieu neutre

La Clinique des Cèdres dans laquelle vous venez de rentrer est **un lieu neutre** qui a pour mission de dispenser à tous, sans distinction de nationalité ou de religion, des soins de qualité. Le personnel soignant, féminin ou masculin, peut être amené à s'occuper de vous.



• Droits fondamentaux

L'établissement contribue à développer la prévention, à vous garantir l'égal **accès aux soins** nécessités par votre état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

- L'établissement vous assure le **respect de votre dignité** et ne fait aucune discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins.
- Le **respect de votre intimité**, notamment lors de tous les actes effectués durant votre séjour (soins, toilette, consultation, ...)
- Un droit au **respect de la vie privée et au secret des informations** vous concernant.

• Téléphone mobile

Pour préserver la tranquillité du public et de votre voisinage et pour ne pas interrompre ou gêner le travail du personnel, merci de mettre votre téléphone portable en mode vibreur.

Il vous est également demandé de conserver un volume de conversation et une durée d'appel raisonnables que ce soit dans les parties communes, ou à plus forte raison dans les chambres.

• Hygiène

Les fleurs font toujours plaisir. Trop nombreuses, elles nuisent à l'hygiène de l'environnement. Les plantes sont interdites, la terre pouvant être une source de contamination microbienne.

Par mesure d'hygiène, les animaux sont strictement interdits dans toute la clinique. Il vous est conseillé d'utiliser les solutions hydro-alcooliques disponibles dans les chambres et services pour vous désinfecter les mains.

• Tabac et alcool

Il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans l'établissement. Une zone fumeur se situe dans le patio au rez-de-chaussée, côté "admissions".

Il est également interdit de consommer de l'alcool ou des produits illicites dans l'enceinte de l'établissement.



Avant votre admission

Vous avez consulté votre praticien à son cabinet. Il vous a remis des documents à rapporter le jour de votre admission qui se fera au bureau des entrées à l'heure qui vous a été indiquée :

- Fiche d'inscription
- Documents d'informations
- Documents de consentements

Si vous le souhaitez vous pouvez réaliser votre pré-admission via le portail patient de l'établissement.



• Pré-admission via le portail patient

Si vous avez laissé votre adresse mail lors de votre consultation, des identifiants d'accès au portail patient vous ont été envoyés :

Ceux-ci vous permettront de vous connecter au portail à l'adresse suivante :

<https://patient.cliniquedescedres.com/login.cgi>

Depuis ce portail et avant votre admission vous pourrez compléter votre dossier :

- En mettant à jour vos données personnelles,
- En remplissant les documents nécessaires à votre prise en charge :
 - ✓ Eventuelle demande de chambre particulière et engagement de paiement
 - ✓ Consentement éclairé
 - ✓ Questionnaire de pré-anesthésie
 - ✓ Désignation de la personne de confiance
- En déposant vos pièces administratives :
 - ✓ Pièce d'identité : pour sécuriser la saisie de votre identité nous conservons une copie de votre pièce d'identité dans votre dossier informatisé accessible aux professionnels de santé de la Clinique. Vous pouvez à tout moment vous opposer à la conservation de ce document.
 - ✓ Carte Mutuelle (recto verso) ou prise en charge mutuelle (le cas échéant)

Grâce au portail vous pourrez également :

• **Pendant votre séjour :**

- Permettre à votre personne de confiance de suivre les étapes de votre prise en charge au bloc opératoire en se connectant grâce à un lien sécurisé que vous pourrez lui confier

• **Après votre séjour :**

- Remplir et nous transmettre votre questionnaire de suivi post-hospitalisation
- Accéder à vos documents :
 - ✓ Compte Rendu Opératoire
 - ✓ Compte Rendu D'Hospitalisation

Conformément à la réglementation, vous pouvez demander la suppression de toutes les données que vous avez stockées sur le portail patient après votre hospitalisation en adressant un mail à l'adresse **rgpd@cliniquedescedres.com** ou par courrier postal.

• Consultation pré-anesthésie

Selon l'intervention ou l'examen envisagé, il sera obligatoire de prendre RDV pour une consultation de pré-anesthésie au 04 56 58 12 50.

Cabinet joignable de 9H à 12H et de 14H à 19H.

Veuillez apporter :

- Vos ordonnances de médicaments
- Le questionnaire pré anesthésique complété (**Fiche 2**)



• Information honoraires

Renseignez-vous **auprès de votre chirurgien, médecin et anesthésiste :**

- sur l'éventualité d'un supplément d'honoraires, qui est indépendant des prestations de la Clinique.
- sur son adhésion ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, ex Contrat d'Accès aux Soins) qui peut modifier vos remboursements Mutuelle.

• Chambre particulière

Il est possible de choisir une chambre particulière qui vous sera attribuée dans la mesure des disponibilités (voir **Fiche 1** Demande de chambre particulière - Engagement de paiement).

- Au plus tard la veille de votre admission à **admission@cliniquedescedres.com** ou au : **04 56 58 12 28**

La veille de

vosre admission

• Appel ou SMS de la veille

Afin d'organiser au mieux votre séjour, **VOTRE HEURE D'ENTRÉE VOUS SERA CONFIRMÉE LA VEILLE DE VOTRE ADMISSION** (ou le vendredi pour une entrée prévue le lundi) :

- par téléphone : une secrétaire vous appellera entre 13h30 et 15h30
- ou par SMS si vous avez transmis un n° de portable valide lors de votre inscription.

Si vous n'avez pas été contacté(e) par téléphone ou SMS nous vous demandons d'appeler la secrétaire au **04 56 58 10 60 entre 15h30 et 17h00** la veille de votre entrée (ou le vendredi pour une entrée le lundi).

• Consignes pré-opératoires

- Prévoyez qu'un proche vienne vous chercher, le cas échéant, une station de taxi est à votre disposition devant la clinique
- Enfant mineur ou majeur protégé : la présence du représentant légal (parent ou tuteur) est obligatoire.
- Respectez scrupuleusement les consignes préopératoires prescrites par votre médecin ou chirurgien ainsi que les consignes de jeûne indiquées par l'anesthésiste. Le non respect de ces consignes peut entraîner l'annulation de l'intervention par le chirurgien, l'anesthésiste, ou par l'établissement.
- Retirez vos bijoux, bagues, piercings, maquillage, vernis à ongles. Nettoyez et coupez vos ongles (mains et pieds). Prenez une douche (+ shampooing) à domicile la veille et le matin de l'intervention.
- Mettez des vêtements amples et propres et des chaussures pratiques et confortables.
- Préparez vos documents médicaux (voir Check list d'entrée). Si ces documents sont manquants, votre intervention pourra être annulée par le médecin, l'anesthésiste ou la Clinique.

IMPORTANT

Effets personnels, bijoux, objets de valeur

Nous vous conseillons de laisser chez vous tout objet de valeur et somme d'argent inutiles lors de votre séjour. Un coffre individuel, situé dans votre chambre est à votre disposition. La loi du 06/07/1992 nous dégage de toute responsabilité en cas de disparition ou de détérioration des objets de valeur ou des numéraires non déposés dans le coffre.

Prothèses dentaires et auditives, lunettes

Veillez à apporter vos étuis de rangement pour vos prothèses dentaires et auditives ainsi que vos lunettes, afin d'éviter toute perte accidentelle. Vos étuis doivent également être identifiés à votre nom.

En cas d'oubli, veuillez demander un boîtier nominatif à un soignant du service.

L'établissement se dégage de toute responsabilité en cas de perte ou de casse de matériel.

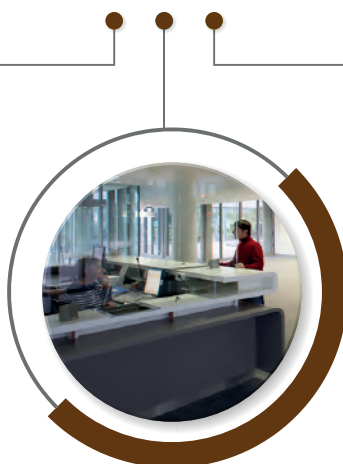
Accueil

Jour d'entrée

ADMINISTRATIF



Afin d'éviter
des attentes inutiles :
Veuillez bien respecter
l'heure qui vous a été
indiquée.



Pour faciliter
votre accueil :
Adressez-vous aux
hôtesses d'accueil
dès votre arrivée.



Le bureau des entrées
est ouvert de
6h50 à 17h30.

SERVICE



Accueil par une secrétaire
ou un personnel infirmier



Entretien d'accueil :
Se reporter à la checklist
de documents à apporter

• Consentement éclairé

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient. Les documents de consentement remis par votre médecin et l'anesthésiste ou la **Fiche 3** consentement éclairé chirurgie vous seront demandés à l'admission dans le service.

• Autorisation d'opérer

Patient mineur : en cas de non signature par les deux parents l'admission de votre enfant ne pourra pas être acceptée (**Fiche 4**).

• Désignation de la personne de confiance

Vous pouvez lors de votre hospitalisation désigner une personne de confiance. Cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information sur votre état de santé. Elle pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. Cette désignation se fait par écrit, en remplissant la **Fiche 5** jointe en annexe.

• Directives anticipées

Vous trouverez une information et une fiche de recueil de vos directives anticipées en annexe de ce livret (**Fiche 6**).

L'équipe médicale et paramédicale

QUI VOUS PRENDRA EN CHARGE



Votre médecin et
votre anesthésiste



Le personnel soignant,
sous la responsabilité
du Cadre du service



L'équipe de
brancardiers



L'équipe
hôtelière



L'équipe de
kinésithérapeutes

Intervenants sur votre demande

- **La psychologue** : 04 56 58 10 62
- **L'assistante sociale** : 04 56 58 10 48
- **L'infirmière coordonnatrice de soins en cancérologie** : 04 56 58 12 22
- **La diététicienne** : 04 56 58 11 69

Information du patient sur son état de santé

Le médecin responsable de votre prise en charge vous informera lors d'un entretien individuel des bénéfices et des risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, des investigations et des traitements proposés, ainsi que des alternatives aux soins proposés.

Informations

et consignes

• Risque infectieux

L'établissement développe un programme de prévention et d'actions contre les infections nosocomiales par deux structures :

- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (**C.L.I.N**)
- L'équipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière (**E.O.H**)

Nous renforçons la prévention du risque infectieux par un dépistage systématique des staphylocoques dorés sensibles et résistants à la méthicilline dès votre admission, (prélèvements par écouvillonnage).

Si vous êtes porteur d'une Bactérie MultiRésistante (BMR) vous ferez l'objet de la mise en place de précautions complémentaires personnalisées : renforcement des mesures d'hygiène dans le but d'éviter toutes transmissions croisées d'un patient à un autre et de prévenir une Infection du Site Opératoire (ISO).

Merci de respecter scrupuleusement les consignes particulières qui vous seront données pour votre sécurité et celle des autres patients.

N'hésitez pas, vous et vos visiteurs, à utiliser les distributeurs de Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) mis à votre disposition en chambre et dans les services.

L'infirmière hygiéniste de la Clinique peut vous conseiller sur les mesures d'hygiène.

• Douleur

La douleur n'est plus une fatalité... Même s'il est impossible de garantir l'absence totale de douleur, prévenir et soulager est une réalité. La Clinique des Cèdres, ses médecins et ses équipes soignantes s'y engagent. Une méthode d'évaluation, des protocoles médicamenteux, la formation des personnels et un suivi individuel et statistique dans le cadre du système qualité ont été élaborés dans ce but.



Pour évaluer votre douleur et nous permettre de la soulager, nous vous proposerons une échelle de cotation. Qu'elle vous soit demandée de façon systématique par le personnel ou les médecins, ou sur demande de votre part, cette méthode nous permettra d'optimiser la prise en charge de votre douleur.

N'hésitez pas, si vous avez mal, prévenez l'équipe soignante.

Un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) regroupe des professionnels dont la mission essentielle est d'organiser et de coordonner la lutte contre la douleur. Des soignants référents douleur se consacrent à l'amélioration des prises en charge.

● **Identitovigilance**

Votre identité vous sera demandée, à plusieurs reprises, au cours de votre séjour.

Dès l'admission, nous vous demandons de fournir des données sans erreurs : Nom de famille, nom de naissance, prénom (s), date de naissance.

A votre arrivée dans le service de soins, un bracelet d'identification vous sera remis afin de pouvoir contrôler votre identité à chaque étape de votre séjour.

● **Commission des usagers**

La Clinique des Cèdres dispose d'une Commission Des Usagers (CDU) dont la composition est détaillée sur la **Fiche 9** :

- Observer la qualité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours dans l'établissement, de l'entrée à la sortie, et proposer des améliorations lorsque cette prise en charge ne lui semble pas optimale. Ceci se fait essentiellement par l'étude des questionnaires anonymes de satisfaction qui vous sont remis pendant votre séjour et que nous vous demandons de remettre lors de votre sortie.
- Répondre aux plaintes orales ou écrites des patients émises auprès des soignants pendant le séjour ou après la sortie, par courrier. Le livret d'accueil qui vous a été remis comporte une information sur cette possibilité d'adresser remarques ou plaintes à la Commission.

Si pendant votre séjour vous souhaitez faire part d'une réclamation, adressez-vous au Cadre infirmier du service où vous êtes hospitalisé ; vous pouvez également lui demander rencontrer un médiateur.



• Représentants des Usagers (R.U.)

Vous pouvez solliciter les représentants des usagers (**Fiche 9**) dont les missions sont définies par un certain nombre de textes (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ordonnance du 24 avril 1996, loi du 9 août 2004).

Le représentant des usagers représente les usagers du système de santé dans les établissements de santé où il participe à différentes commissions, à la fois pour améliorer la vie quotidienne et pour faire valoir les droits des personnes malades, mais aussi dans de nombreuses instances contribuant à orienter la politique de santé du niveau local au niveau national. Il exerce cette mission dans le cadre d'un mandat qui ne peut lui être confié que s'il est membre d'une association agréée à laquelle il doit rendre compte.

Si vous avez demandé à rencontrer un médiateur suite à une réclamation, vous avez la possibilité d'être accompagné(e) par un représentant des usagers lors de cette rencontre.

• Qualité et sécurité des soins

L'établissement met annuellement à disposition du public ses indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins recueillis dans tous les établissements de santé.

Les derniers résultats publiés figurent sur la **Fiche 10** placée dans votre livret et sont affichés au sein de la clinique.

Ils sont également consultables sur le site **SCOPE SANTE** :

<https://www.scopesante.fr> ainsi que les résultats détaillés de la Certification HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_260240/fr/clinique-des-cedres-echirolles



Organisation de votre sortie



Autorisation de départ
donnée par votre
médecin, la veille dans
la mesure du possible



Formalités administratives
de sortie à faire au
bureau des entrées/sorties

Sortie et Retour A Domicile

- Vous pourrez sortir accompagné(e) après l'accord de votre médecin ou de l'anesthésiste.
- Un soignant vous remettra vos documents fournis à l'arrivée, les consignes post opératoires, les ordonnances et documents de sortie
- Vous n'aurez pas à passer par le Bureau des sorties, sauf si vous souhaitez un bulletin de situation.
- Merci de déposer votre questionnaire de sortie à l'accueil du service ou au bureau des entrées/sorties

IMPORTANT

- La sortie d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle n'est autorisée qu'en présence du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
- Vous devez vous faire accompagner par une tierce personne pour rentrer à votre domicile. Il est interdit de repartir seul.
- Il est interdit de conduire un véhicule jusqu'au lendemain de l'intervention.
- La présence d'un proche est requise jusqu'au lendemain de l'intervention.
- Ne prenez que les médicaments prescrits
- Ne prenez pas d'alcool ni de substances illicites.
- Respectez les consignes et le RDV de contrôle de votre médecin

• Avant de quitter l'établissement

Check List de sortie

N'oubliez pas de récupérer dans votre chambre vos effets personnels, et les objets de valeur que vous avez déposés dans votre coffre.

Assurez-vous qu'on vous a remis vos documents médicaux :

- ☐ Ordonnance des traitements personnels et boîtes de médicaments
- ☐ Ordonnance(s) de sortie
- ☐ Compte rendu d'hospitalisation
- ☐ Arrêt de travail (si nécessaire)
- ☐ Bulletin de situation
- ☐ Documents personnels : carte de groupe sanguins, résultats d'analyses, d'examens

De retour à votre domicile, en cas de problème :

- Contactez votre chirurgien ou votre médecin pendant les heures d'ouverture du cabinet médical.
- En dehors des heures d'ouverture du cabinet médical, en cas de nécessité, appelez le service des Urgences au 04.56.58.10.20 ou présentez-vous directement au service des Urgences (ouvert 24h/24) en signalant que vous avez été hospitalisé(e) récemment.

• Suivi post hospitalisation

Le lendemain ou les jours suivant votre sortie, selon le type d'intervention chirurgicale, vous serez contacté(e) par un soignant pour un échange sur votre retour à domicile.

En vous connectant au Portail patient, vous pourrez renseigner votre questionnaire de suivi post hospitalisation et accéder à votre compte rendu d'hospitalisation et à votre compte rendu opératoire.

● Enquête e-SATIS

La Clinique participe à la démarche e-SATIS Chirurgie Ambulatoire. Il s'agit d'une enquête nationale de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en Chirurgie Ambulatoire co-pilotée par la Haute Autorité de Santé et le Ministère. En participant à cette enquête, vous contribuerez au calcul d'un indicateur national de satisfaction des patients hospitalisés.

Concrètement, ce que cela signifie pour vous :

- Nous vous invitons à nous transmettre votre adresse mail sur un formulaire remis à l'admission ou sur votre questionnaire de sortie. Cette adresse ne sera pas communiquée à des tiers et sera exclusivement utilisée par la Clinique.
- Environ 2 semaines après votre sortie, vous recevrez un mail de l'Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation (ATIH, établissement public de l'État) vous proposant de donner votre point de vue sur votre séjour, via un questionnaire en ligne complètement anonyme.

Participer à cette étude via internet présente un double avantage : vous répondez quand vous voulez et vous pouvez renseigner le questionnaire en plusieurs fois, pendant un délai de 12 semaines après votre sortie.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les frais

d'hospitalisation

1. Durant votre séjour, vous pouvez être amené à régler un certain nombre de frais éventuels (chambre particulière, forfait journalier, compléments d'honoraires du chirurgien et/ou de l'anesthésiste, voir **Fiche 8** Frais pouvant rester à votre charge).

Si votre mutuelle prend en charge tout ou partie de vos frais, elle peut ne pas pratiquer le tiers-payant (règlement de la part mutuelle directement à la Clinique).

Dans ce cas, elle demande à ses assurés de faire l'avance des frais avant de les rembourser.

2. Si vous n'êtes pas assuré(e) sociale ou si vos droits sécurité sociale ne sont pas à jour, vous êtes redevable de la totalité des frais. Vous devrez donc demander un devis en amont de votre hospitalisation par le biais du praticien.

Lors de votre admission, il vous sera demandé un règlement correspondant à la totalité des frais estimés d'hospitalisation ainsi qu'une caution supplémentaire de 30% du règlement correspondant aux différents frais supplémentaires éventuels nécessités par votre état.

3. Pour les interventions de chirurgie esthétique, présentez le devis remis par le chirurgien. Le règlement sera demandé à l'entrée. Un certain nombre de prestations annexes ne sont pas incluses dans le devis :
 - Chambre particulière
 - Examens de laboratoire et de biologie
 - Autres examens supplémentaires éventuels



● Règlement des frais éventuels

Frais hospitaliers	A la fin de mon séjour au bureau des sorties
Télévision / Téléphone	A la fin de votre séjour à l'accueil de la Clinique
Chirurgien	Au cabinet du médecin au moment de la consultation ou à la fin de votre séjour au bureau des sorties
Anesthésiste	Au cabinet de l'anesthésiste au moment de la consultation ou ultérieurement par courrier

Vous avez la possibilité de payer **votre facture clinique** en ligne via le site de la clinique, onglet paiement en ligne. Il s'agit d'un mode de paiement sécurisé et simplifié, accessible 7 jours/7, 24h/24.

Aucune des informations que vous aurez à saisir sur le site dans le cadre de ces paiements en ligne ne fera l'objet d'enregistrement.

● Attendre le bordereau de facturation

Votre dossier est facturé dans un DÉLAI MINIMUM DE 3 SEMAINES à compter de votre sortie de la Clinique.

Un bordereau de facturation vous est envoyé (bordereau AMC : Assurance Maladie Complémentaire). Celui-ci se compose d'au moins deux feuillets de tableaux qui récapitulent TOUS les actes et frais de votre séjour.

● Envoi des documents à votre mutuelle

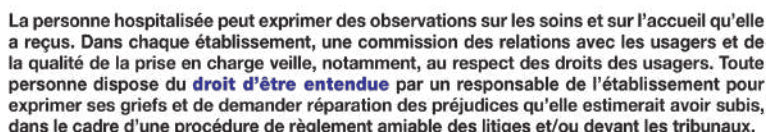
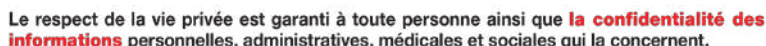
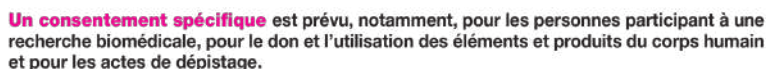
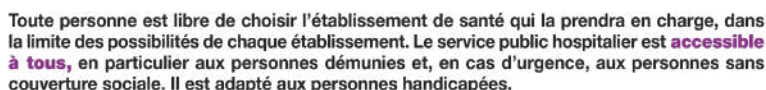
A réception du bordereau de facturation de la Clinique, envoyez tous vos documents à votre Mutuelle.

Certaines Mutuelles peuvent demander d'autres documents selon leurs propres conditions (bulletin de situation par exemple). Tous les documents nécessaires à vos remboursements vous sont généralement remis au moment de votre sortie.



Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

● Dossier médical : délai de conservation et conditions d'accès

Les professionnels de santé qui vous ont pris en charge ont recueilli et formalisé des informations concernant votre santé. Ces informations sont rassemblées dans votre "dossier médical". Il vous est possible d'en demander la communication, à l'exclusion des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans votre prise en charge.

Le dossier médical constitué dans l'établissement de santé doit être conservé pendant vingt ans (à partir de la majorité pour les patients mineurs) à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement.

Quelles formalités remplir pour obtenir communication d'un dossier médical ?

Afin de permettre un traitement rapide, il est nécessaire de faire une demande écrite adressée à la direction de l'établissement, accompagnée d'une copie de votre pièce carte d'identité, recto-verso. Des formulaires types de demandes sont disponibles en téléchargement sur le site de la Clinique.



Information à l'attention des usagers

La Clinique des Cèdres dispose d'un Système d'Information Hospitalier intégré destiné à gérer plus efficacement les fichiers de ses patients pour améliorer leur accueil et leur prise en charge médicale ; le SIH favorise ainsi la communication des informations nécessaires aux traitements des patients dans le strict respect du secret médical et des règles déontologiques.

Votre prise en charge nécessitera des échanges d'informations informatisées avec d'autres services de l'Hôpital (services cliniques, laboratoires, services d'imagerie médicale, pharmacie, ...). Par ailleurs, et sauf avis contraire de votre part, certaines informations médicales peuvent être accessibles à des personnes en charge de votre dossier à l'extérieur de l'hôpital, en particulier dans le cadre des réseaux de soins. Ces personnes seront dûment authentifiées et utilisent un système sécurisé.

Nous vous invitons à prendre connaissance de la **Fiche 7** Information interface Expert Santé – SISRA et Dossier médical partagé (DMP) et formulaire de refus.

La loi du 6 janvier 1978 modifiée, articles 26, 27, 34 et 40, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, a pour but de veiller à ce que l'informatique soit au service de chacun et ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés publiques ou individuelles.

En application de cette loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives qui vous concernent et que vous avez transmises, en vous adressant au Directeur de l'Hôpital.

La CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés) est l'organe officiel chargé de faire respecter cette loi.

Les applicatifs qui sont utilisés pour saisir et traiter les informations vous concernant ont été soumis à l'approbation de cette commission qui a donné un avis favorable à leur mise en œuvre.

Conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, nous vous informons que vous pouvez avoir accès direct à votre dossier médical en vous adressant soit à votre médecin traitant, soit aux structures hospitalières qui vous ont pris en charge.

DEMANDE DE

ETIQUETTE PATIENT

CHAMBRE PARTICULIERE

En ambulatoire comme en hospitalisation, sur votre demande signée ci-dessous, moyennant un supplément couvert par votre mutuelle, une chambre particulière est mise à votre disposition dans la mesure des disponibilités.

HOSPITALISATION OU MATERNITE			
Equipements mis a votre disposition	CONFORT	PREMIUM	SERENITE
Chambre individuelle	✓	✓	✓
Télévision 	En supplément	En supplément	✓
Wifi illimités 		✓	✓
Lit accompagnant (demande) 	En supplément + petit déjeuner classique	✓	✓
Petit déjeuner plaisir (1) Uniquement pour le patient 			✓
Petit déjeuner classique	✓	✓	
TARIFS / JOUR	82 €	105 €	145 €
VOTRE CHOIX	☐	☐	☐

ATTENTION : Art.R.162-27 du code de la sécurité sociale : "La chambre particulière est facturée pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie."

(1) Sauf contre indication diététique

AMBULATOIRE		
Equipements mis a votre disposition	ZEN	EVASION
Chambre sans fenêtre	✓	
Chambre avec fenêtre		✓
TARIFS / JOUR	78 €	105 €
VOTRE CHOIX	☐	☐

HOPITAL DE JOUR (HDJ)	
Chambre individuelle avec salle de bain	EVASION
TARIFS / JOUR	105 €
VOTRE CHOIX	☐

Je soussigné(e) , Nom..... Prénom
date de naissance
Date du séjour : à partir du
demande une chambre particulière pour la durée de mon séjour.

Fait à

Signature :

ATTENTION Les organismes Complémentaire Santé Solidaire (Ex CMU et AME) ne couvrent pas la chambre particulière.

CLINIQUE DES CEDRES
21 RUE ALBERT LONDRES - 38432 ECHIROLLES CEDEX

FR028 R18 Mars 2025

Fiche 2

Questionnaire de consultation de pré-anesthésie

A RAPPORTER complété et signé pour la consultation avec l'anesthésiste.

INFORMATIONS PREABLABLES

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance (Décret du 5 Décembre 1994). Elle contribue à assurer la sécurité de la prise en charge pour votre intervention. Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.

Il est indispensable de rapporter tout document médical vous concernant (ordonnance, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme échographie cardiaque, test d'effort, compte-rendu de consultation, résultats de vos dernières analyses : suivi de diabète (HbA1c en %), créatinine, INR)...

Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la clinique des Cèdres n'adhèrent pas au Contrat d'Accès aux Soins.

Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la clinique des Cèdres sont des spécialistes conventionnés à honoraires libres (Secteur 2). Vous serez informé(e) des honoraires d'anesthésie pour votre intervention prochaine lors de cette consultation et un devis vous sera remis.

QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

PATIENT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Poids : Taille :

Nombre d'enfant(s) :

Quel est votre traitement actuel ? (Joindre votre ordonnance)

.....

.....

.....

.....

Citez vos interventions sous anesthésie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous allergique à un produit d'anesthésie, à un antibiotique, à un médicament ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie du cœur et des vaisseaux ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui pour quelle maladie ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie respiratoire ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie rénale ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie digestive ou hépatique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie hématologique ?

(ex : problème de saignement, d'hémophilie, de Willebrand, anémie, hémorragie lors d'accouchement)

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie neurologique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Avez-vous ou êtes-vous soigné pour une maladie hormonale et métabolique ?

(ex diabète, thyroïde, cholestérol)

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ?

Êtes-vous enceinte ?

☐ Oui ☐ Non

Fumez-vous ?

☐ Oui ☐ Non Si oui combien de cigarettes par jour ?

Cannabis ou autres stupéfiants ?

☐ Oui ☐ Non

Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?

☐ Oui ☐ Non Si oui combien de verres par jour ?

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles ?

Portez-vous une ou deux prothèses dentaires amovibles ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ?

☐ Oui ☐ Non

Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en cours de traitement chez un dentiste ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des soins dentaires récents (moins d'un an) ?

(Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture)

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ?

☐ Oui ☐ Non

Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.

Avez-vous des remarques complémentaires à faire avant votre anesthésie ?

.....

.....

.....

Date et signature du patient :



Clinique des Cèdres

21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

FR986 R0 Mars 2016

Fiche 3

Consentement éclairé

Chirurgie

Madame, Monsieur,

Vous devez être hospitalisé(e) à la Clinique des Cèdres pour une intervention chirurgicale.

Nous vous remercions de bien vouloir apporter ce document complété et signé le jour de votre entrée à la Clinique. Il sera conservé dans votre dossier médical conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ CHIRURGIE

Concerne le patient M. Mme
né(e) le

Je soussigné(e)
agissant pour moi-même ou en qualité de

Atteste avoir reçu de la part du Dr

toutes les informations nécessaires concernant l'intervention

à savoir :

Ces informations ont porté sur :

- les avantages attendus de l'intervention et sur les risques éventuels que j'encoure si je ne souhaite pas qu'elle soit réalisée
- les risques et complications possibles liés à l'intervention.

Elles m'ont permis de prendre ma décision et de donner mon accord pour que l'intervention soit pratiquée le à la Clinique des Cèdres.

J'atteste également avoir reçu lors de la consultation préopératoire d'anesthésie de la part du Dr

les informations nécessaires sur les techniques d'anesthésie et les risques éventuels.

Signature du patient

Fait à

ou de son représentant :

le

Fiche 4

Autorisation de soins et/ou d'opérer

PATIENT MINEUR☐ **MAJEUR SOUS TUTELLE** : la personne protégée n'est pas en capacité de prendre seule sa décision**Je(nous) soussigné(s)**

Qualité	Nom / prénom	Tél
☐ Mère		
☐ Père		
☐ Tuteur		

Représentant(s) légal(aux) ☐ du mineur ☐ du majeur sous tutelle

Identité du mineur / majeur sous tutelle, la personne n'est pas en capacité de prendre seule sa décision

Nom :

Prénom : Né(e) le

Reconnaissons avoir reçu les informations nécessaires concernant l'intervention

chirurgicale dont il doit bénéficier :

- Nature de l'intervention :

- Date : Nom du chirurgien :

Ces informations ont porté sur les avantages attendus de cette intervention, les risques éventuels si elle n'est pas réalisée, ainsi que sur les risques et complications possibles liés à l'intervention et à la prise en charge anesthésique.

Autorisons l'équipe médico-chirurgicale :

- Ⓢ à pratiquer tous les examens et soins médicaux et paramédicaux nécessaires à l'état de santé de notre enfant / la personne sous tutelle
- Ⓢ à l'opérer ⁽¹⁾ et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris ceux relatifs à sa prise en charge anesthésique
- Ⓢ à organiser son transfert vers un autre établissement, nécessité par son état de santé.

Signature des représentants légaux ⁽¹⁾		Signature du tuteur
Père :	Mère :	Tuteur
Date :	Date :	Date :

⁽¹⁾ Sauf SITUATION D'URGENCE ou SITUATION PARTICULIÈRE ⁽²⁾

les actes invasifs tels l'anesthésie et l'opération chirurgicale nécessitent la signature des 2 parents lorsque l'autorité parentale est conjointe même en cas de séparation.

En cas d'éloignement d'un parent, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax au **04.56.58.11.25** ou mail **facturation@cliniquedescedres.com**

**Attention**

EN CAS DE NON SIGNATURE PAR LES DEUX PARENTS
L'ADMISSION DE VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ÊTRE ACCEPTÉE

(2) SITUATION PARTICULIÈRE :

Je soussigné(e) M. Mme
atteste que la signature des deux parents ne peut pas être recueillie pour le motif suivant :

☐ Adresse et n° téléphone inconnus

☐ Parent décédé

☐ Privation des droits parentaux

☐ Parent hors d'état de s'exprimer

Date

Signature

En cas de signature manquante à l'admission :

☐ Tentative de joindre le parent infructueuse

☐ Le parent a été contacté et a donné son autorisation par téléphone :

Date et heure de l'appel : leà.....

Nom, prénom et qualité de l'appelant :

Signature :

Commentaires :

.....

.....

.....

IMPORTANT ! pour tout séjour en Ambulatoire d'un patient MINEUR ou d'un MAJEUR SOUS TUTELLE, la présence d'un accompagnant est nécessaire durant l'hospitalisation.

Fiche 5

Fiche de designation de la Personne de Confiance

En application de la loi n° 303 du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, et notamment de son article L 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e) :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

☐ Hospitalisation ☐ Actes ambulatoires ☐ Soins externes ☐ Urgent

A compter du : pour la durée du traitement

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

☐ Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour ; toutefois, je ne souhaite pas la désigner, sachant que je peux à tout moment le faire pendant la durée de mon séjour. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une fiche de désignation.

☐ **Je souhaite désigner comme de personne de confiance**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

☐ Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon médecin traitant

☐ Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

☐ Oui ☐ Non

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à : Le : **Signature personne de confiance**

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une fiche de désignation.

Fait à : Le : **Signature du patient**



Clinique des Cèdres

21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

FR645 R1 Juillet 2009

Fiche 6

Directives anticipées

Nous sommes tous concernés

Code de la Santé Publique : Articles L.1111-4, L.1111-13, Articles R.1111-17 à R.1111-20,
Articles R.1112-2 & R.4217-37

A quoi servent les directives anticipées ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

On considère qu'une personne est "en fin de vie" lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

Comme rédiger vos directives anticipées

- Vous devez être majeur.
- Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.
- Vous devez écrire vous-même vos directives.

Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos nom, prénom, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins, en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

- Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), et votre décision pour le don d'organes.
- Vos directives anticipées sont valables sans limite de temps.
- Vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement. Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- Remettre vos directives à votre médecin traitant,
- En cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical,
- Conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix, (ex : votre personne de confiance). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de cette personne.
- Si un "dossier médical partagé" (DMP) a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y enregistrer vos directives anticipées qui seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Mes directives anticipées

Je soussigné(e) (nom-prénom)

Né(e)leà

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état

Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cocher)

• Respiration artificielle

(Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)

• Intubation / trachéotomie

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Ventilation au masque

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Réanimation cardio-respiratoire

(En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Transfusion sanguine

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Intervention chirurgicale

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Radiothérapie anticancéreuse

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Chimiothérapie anticancéreuse

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Alimentation artificielle

(Une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

• Hydratation artificielle

(par une sonde placée dans le tube digestif)

☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

- **Hydratation artificielle**
(par perfusion)
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas
- **Rein artificiel**
(une machine remplace le fonctionnement de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas
- **Transfert en réanimation**
(si mon état le requiert)
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas
- **Examen diagnostique lourd et/ou douloureux**
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas
- **Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégé ma vie**
(coche)
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas

- **J'accepte le recours à la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**
(traitement qui m'endort et qui a pour objectif la perte de conscience maintenue jusqu'au décès)
☐ Oui ☐ non ☐ ne sais pas
- **Autres souhaits en texte libre :**

[illegible]

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin - Nom, prénom Qualité Date..... Signature	2^{ème} témoin - Nom, prénom Qualité Date..... Signature
Conservation ☐ Je confie mes directives anticipées à : ☐ Je conserve mes directives anticipées	

Fait à Le Signature



Clinique des Cèdres

21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

FR781 R3 Août 2019

Fiche 7

Clinique des cèdres

“Interface Expert Sante 1-SISRA” et Dossier Médical Partagé”

Formulaire de refus à l'envoi de données vers la plateforme régionale SISRA (Système d'Information de Santé en Rhône-Alpes) et vers le Dossier Médical Partagé (DMP).

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Déclare avoir pris connaissance de la “lettre d’information INFORMATIQUE ET LIBERTES et/ou du livret d’accueil” concernant le traitement des données patients et l’attribution d’un numéro Identifiant Patient Permanent Régional.

J'ai été averti que dans le cadre de ma prise en charge, la Clinique des Cèdres pourra être amenée à utiliser les services de la plateforme régionale SISRA, et le DMP, hébergés chez un hébergeur de données de santé agréé par le Ministère en charge de la santé et que mes informations seront conservées dans des conditions garantissant leur confidentialité conformément à la loi "Informatique et Libertés" et à la loi sur les archives hospitalières.

J'ai été averti que les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et que je peux en autoriser la consultation aux personnes qui collaborent à l'étude de mon dossier et en charge de la gestion des “identités administratives patients” (bureaux des entrées). Seuls les professionnels participant à ma prise en charge pourront accéder à ces informations, après s’être dûment authentifiés.

Conformément à la loi “Informatique et Libertés”, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui concernent mon identité auprès du Médecin Chef du service qui m'a accueilli ou après du Directeur de l'Hôpital d'accueil. Je peux demander à tout moment que les données informatisées concernant mon identité soient rectifiées ou supprimées.

C'est pourquoi, je ne consens pas au recueil, à la saisie et à la transmission vers la plateforme régionale SISRA et vers le DMP, des données me concernant.

A remplir par l'unité de soins :

Nom de l'unité de soins où s'est fait le refus du consentement

.....

Nom du personnel médical et/ou paramédical en charge du patient ayant fait l'information et recueilli le refus de consentement

.....

Fait à Echirolles, Le : **Signature du patient**

Fiche 8

Frais pouvant rester à votre charge

Veillez vous renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître le montant de votre prise en charge en fonction du contrat que vous avez souscrit, pour remboursement des frais suivants:

- Forfait journalier
- Participation assuré
- Supplément chambre individuelle si vous en avez fait la demande
- Compléments d'honoraires éventuels, tels qu'indiqués par le médecin ou l'anesthésiste.

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.

Tarifs suppléments hôteliers (Euros TTC) :

SUPPLEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE (Pour les patients en faisant la demande)

HOSPITALISATION OU MATERNITE			
Equipements mis a votre disposition	CONFORT	PREMIUM	SERENITE
Chambre individuelle	✓	✓	✓
Télévision 	En supplément	En supplément	✓
Wifi illimités 		✓	✓
Lit accompagnant (demande) 	En supplément + petit déjeuner classique	✓	✓
Petit déjeuner plaisir (1)  Uniquement pour le patient			✓
Petit déjeuner classique	✓	✓	
TARIFS / JOUR	82 €	105 €	145 €
VOTRE CHOIX	☐	☐	☐

ATTENTION : Art.R.162-27 du code de la sécurité sociale : "La chambre particulière est facturée pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie."

(1) Sauf contre indication diététique

AMBULATOIRE		
<i>Equipements mis a votre disposition</i>	ZEN	EVASION
Chambre sans fenêtre	✓	
Chambre avec fenêtre		✓
<i>TARIFS / JOUR</i>	78 €	105 €
<i>VOTRE CHOIX</i>	☐	☐

HOPITAL DE JOUR (HDJ)	
<i>Chambre individuelle avec salle de bain</i>	EVASION
<i>TARIFS / JOUR</i>	105 €
<i>VOTRE CHOIX</i>	☐

NOURRITURE Repas accompagnant en chambre (uniquement le soir)

Prix Unitaire **15,00 €**

BOISSONS ¼ L vin ou soda

Prix Unitaire **3,50 €**

Repas et boissons également disponibles au self au rez-de-chaussée de la Clinique.

SERVIETTE DE TOILETTE

L'établissement ne fournit pas le linge de toilette.

Prix Unitaire **15,00 €**

En fonction des disponibilités

TELEPHONE

Une ligne pour être joint vous est automatiquement attribuée dans votre chambre à votre entrée. Coût de l'impulsion téléphonique pour votre appelant :

Prix d'un appel local.

Si vous souhaitez également pouvoir appeler, les formalités d'ouverture de la ligne sont à réaliser à l'accueil, entre 8h00 et 19h30. Forfait de **5, 10, 15 ou 20 €** correspondant à un temps d'appel. Le forfait non consommé ne peut être remboursé.

TELEVISION

Prix par jour **10,00 €**

En chambre double, achat du casque d'écoute **2,50 €**

PACK ACCOMPAGNANT

lit accompagnant installé dans la chambre individuelle, drap de bain et petit déjeuner compris.

Première nuit**40,00 €**

Nuits suivantes.....**20,00 €**

PARKING ouvert au public de 6h30 à 20h00.

Tarif jour de 6h30 à 20h00 : **0,80 € / 15 mn** (tout quart d'heure commencé est dû)

Tarif nuit de 20h00 à 6h30 : Forfait **7,00 €**

Ticket perdu : **20,00 €** / 24h

WI-FI gratuit

21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

FR548 R22 Mars 2025

Fiche 9

Clinique des cèdres Commission des Usagers

Président : Dr Michel BEAUDEVIN

Personne en Charge des Relations avec les Usagers :

Vice Président **M Kevin KAMALANAVIN** (Assistant de Direction)

Médiateurs de la CDU :

Médiateurs médecins :

Dr Michel BEAUDEVIN – Dr Thierry FAURE – Dr Jean-François PERESSE

Médiateurs non médecins :

Mme Sabrina FRACCHIOLLA – Mme Maud GARDENT – Mme Océane FERRE

Représentants des Usagers :

Mme Anne-Marie LABASTROU (Titulaire) - Association FRANCE ALZHEIMER Isère

Mme Nicole CADOUX (Titulaire) - Association RAPSODIE

M Jean-Marc ASSORIN (Suppléant) - Association ORGECO Isère

M Patrick PERDIGON (Suppléant) - Association des diabétiques de l'Isère

ru.cliniquedescedres@gmail.com



Clinique des Cèdres

21 rue Albert Londres - 38130 ECHIROLLES - 04 56 58 10 10

FR1075 R2 Mars 2025

CLINIQUE DES CEDRES

RÉSULTATS DE LA CERTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT



Certification (A)

Date de certification : 26/11/2019

Référentiel 2014

SATISFACTION ET EXPÉRIENCE DES PATIENTS

Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Appréciation globale des patients (MCO) → 75 /100 **B**

1. Accueil	77 /100
2. Prise en charge infirmiers/aides-soignants	82 /100
3. Prise en charge par les médecins / chirurgiens / sages-femmes	83 /100
4. Chambre	75 /100
5. Repas	61 /100
6. Sortie	66 /100

Chirurgie ambulatoire (CA)

Appréciation globale des patients (CA) → 78 /100 **B**

1. Avant l'hospitalisation	82 /100
2. Accueil le jour de l'hospitalisation	82 /100
3. Prise en charge	85 /100
4. Chambre et repas / collation	72 /100
5. Sortie et retour à domicile	70 /100

PRISE EN CHARGE CLINIQUE

MCO

Évènements thrombo-emboliques après pose d'une prothèse totale de hanche

Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu 

Évènements thrombo-emboliques après pose d'une prothèse totale de genou

Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu 

Prise en charge de la douleur en MCO → 94 % 

CA

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention 100 % 

Anticipation de la prise en charge de la douleur 36 % 

Évaluation du patient pour la sortie de la structure 98 % 

Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3 82 % 

COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

MCO

Qualité de la lettre de liaison à la sortie → 60 /100 

CA

Qualité de la lettre de liaison à la sortie → 60 /100 

PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de genou

Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu 

Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de hanche

Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu 

Consommation de solutions hydro-alcooliques (SHA) → 64 % 

Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact → 10 % 

Etablissement sur le site has-sante.fr :



