



Emportez ce passeport à tous vos rendez-vous ainsi que le jour de l'intervention

VOTRE PASSEPORT CHIRURGICAL

VOS RENDEZ-VOUS PRÉOPÉRATOIRES

Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	

Prise de rendez-vous :

☎ 071/92.25.11

☎ 060/21.88.11



www.humani.be

SOMMAIRE

Vos rendez-vous préopératoires	1
Votre parcours	3
Votre hospitalisation au sein du CHU Charleroi-Chimay	4
Ma liste de médicaments	5
Questionnaire médical à compléter par le patient pour la consultation d'anesthésie	7
Consentement libre et éclairé – anesthésie	9
Consignes préopératoires	11
Formulaire de consentement du patient avant une transfusion/administration de dérivés sanguins	13
Parcours chirurgical de soins en hospitalisation classique du patient de plus de 75 ans	15
La préparation à domicile avant votre intervention	17
Votre séjour en chirurgie	19
Votre séjour à l'hôpital de jour chirurgical : Patient couché	20
Votre séjour à l'hôpital de jour chirurgical : Patient debout	21
Votre séjour en hospitalisation classique	22
Explications relatives à votre déclaration d'admission en hospitalisation	23
Vous êtes résident français ?	26
Conditions générales	27
Formulaire de désignation du représentant dans le cadre de l'exercice des droits du patient	29
Explications et recommandations concernant le mandat de désignation du représentant	33
Formulaire de désignation d'une personne de confiance	34
Explications et recommandations concernant la désignation d'une personne de confiance	36
Pourquoi signer un consentement libre et éclairé ?	37
Consentement libre et éclairé du patient	38
Vos rendez-vous postopératoires	40
Check-list : Passeport chirurgical adulte	41

VOTRE PARCOURS

● SERVICE DES ADMISSIONS

HUMANI- HÔPITAL A. VÉSALE

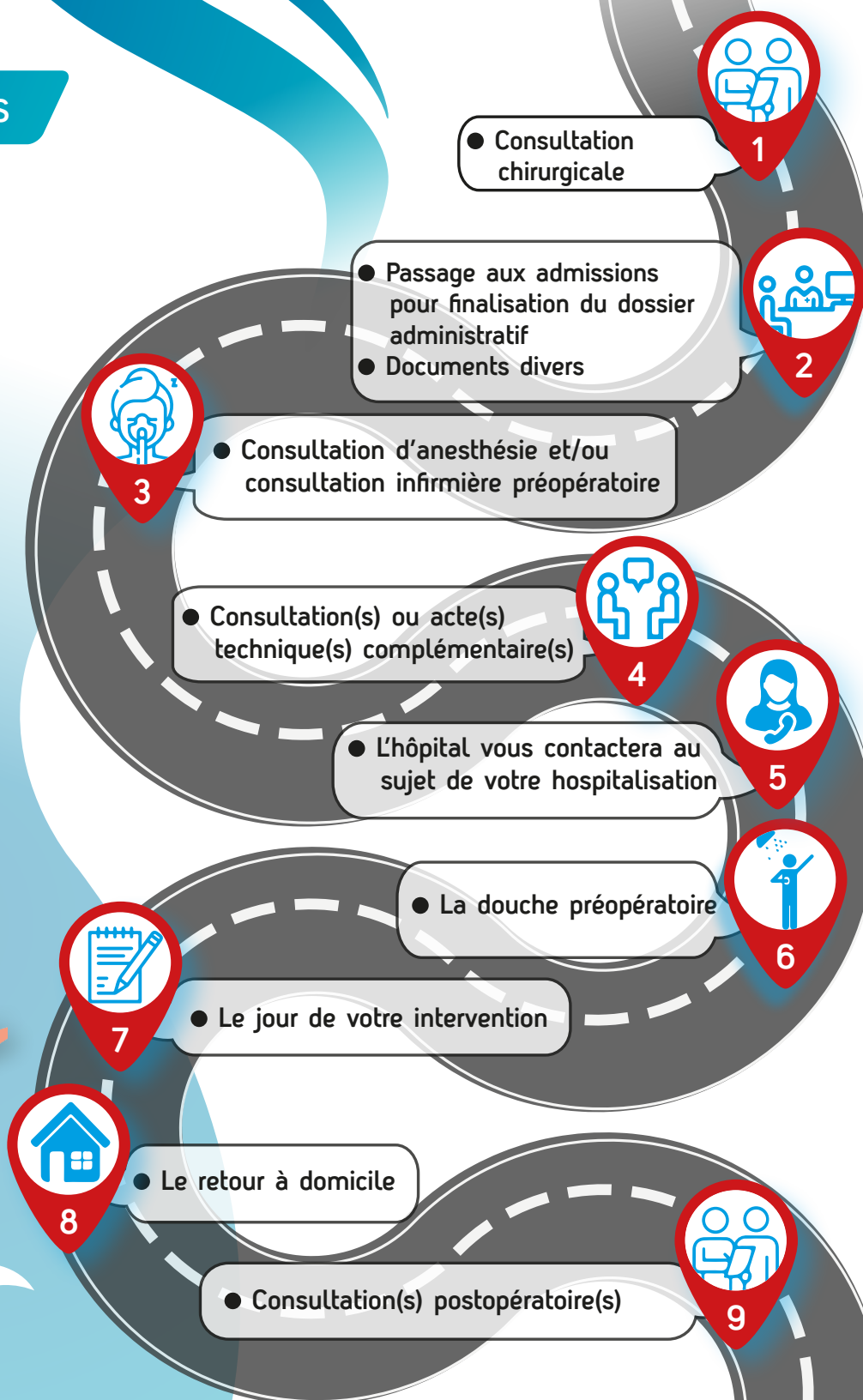
Rue de Gozée, 706
6110 Montigny-Le-Tilleul
Admission : 071/92.04.21

HUMANI- HÔPITAL CIVIL MARIE CURIE

Chée de Bruxelles, 140
6042 Lodelinsart
Admission : 071/92.04.02

HUMANI- CENTRE DE SANTÉ DES FAGNES

Boulevard Louise, 18
6460 Chimay
Admission : 060/21.86.96



VOTRE HOSPITALISATION AU SEIN DU CHU CHARLEROI-CHIMAY

Cher patient,

Vous allez prochainement être hospitalisé au sein du CHU Charleroi-Chimay. Afin de **réserver votre hospitalisation**, nous vous invitons à vous présenter dès à présent au service des admissions hospitalisations.

Dans le cadre d'une prise en charge optimale, **il est important de vous munir de votre carte d'identité et éventuellement de votre carte d'assurance hospitalisation** (DKV, Assurcard, etc.). Si vous êtes assuré chez AG, Axa, Neutra* ou Solidaris*, il est nécessaire de les contacter afin de les prévenir de votre hospitalisation future.

Si vous bénéficiez du système Assurcard (Ethias, Medexel Healthcare4U, etc.), n'oubliez pas d'enregistrer votre hospitalisation à la borne présente dans le hall d'entrée de l'hôpital ou sur le site internet de votre assurance avant de vous présenter au guichet des admissions.

En cas d'annulation ou de changement de date de votre intervention chirurgicale, nous vous demandons de contacter notre service de planification des séjours hospitaliers de **07h00 à 18h00** aux numéros suivants:

► **Hôpital André Vésale et Hôpital Civil Marie Curie: 071/92.25.13**

► **Centre de Santé Des Fagnes: 060/21.86.96**

L'heure de votre sortie dépendra de votre état de santé et sera autorisée sur avis médical du chirurgien et de l'anesthésiste.

Nous vous souhaitons d'ores et déjà un agréable séjour au sein de notre institution.

Le CHU Charleroi-Chimay

*Neutra et Solidaris ne sont pas conventionnées avec le Centre de Santé des Fagnes.



Allergies :	OUI	NON
Avez-vous présenté une réaction anormale à un médicament ?		
Si oui, précisez :		
Avez-vous eu des réactions allergiques :		
▶ à un médicament ? Si oui précisez :		
▶ à un aliment ? Si oui précisez :		
▶ à du sparadrap ?		
▶ au latex ?		
Général :		
Etes-vous diabétique ?		
Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ?		
Avez-vous déjà eu une hernie hiatale ?		
Avez-vous un problème rénal ?		
Avez-vous un problème thyroïdien ?		
Avez-vous déjà fait une thrombose cérébrale ?		
Souffrez-vous d'un glaucome ?		
Avez-vous un problème neurologique (épilepsie, Parkinson, sclérose en plaque...) ?		
Si oui, précisez :		
Respiration :		
Êtes-vous asthmatique ?		
Faites-vous de l'emphysème ou de la bronchite chronique ?		
Ronflez-vous la nuit ?		
Cœur :		
Souffrez-vous d'angine de poitrine ?		
Avez-vous déjà fait un infarctus ?		
Présentez-vous de l'hypertension artérielle ?		
Êtes-vous porteur d'un pacemaker ou défibrillateur ?		
Coagulation et transfusion :		
Saignez-vous facilement ?		
Présentez-vous des saignements qui semblent anormaux ?		
Faites-vous facilement des bleus ?		
Avez-vous déjà été transfusé ?		
Prenez-vous un médicament qui diminue la coagulation du sang ?		
Si oui, précisez :		
Anesthésie :		
Avez-vous déjà été opéré ou reçu une sédation pour un examen ?		
Avez-vous présenté personnellement, ou un membre de votre famille, un problème lors d'une anesthésie ?		
Si oui, précisez :		
Question réservée aux patientes :		
Etes-vous (est-il possible que vous soyez) enceinte ?		
Avez-vous des règles abondantes ?		
Autres :		
Avez-vous un problème médical qui n'est pas repris dans ce questionnaire ?		
Si oui, précisez :		
Remarques :		
1° Le médecin anesthésiste qui s'occupera de vous en salle d'opération peut être différent de celui qui vous a vu en consultation mais il sera en possession de votre dossier et de vos examens préopératoires.		
2° Les paramètres de votre anesthésie sont enregistrés et peuvent faire l'objet d'analyse scientifique pour améliorer la qualité et la sécurité de l'anesthésie, en respectant l'anonymat et le droit en la matière.		
Je soussigné(e), Nom Prénom, certifie que les renseignements fournis sont exacts.		
Nous vous remercions de votre collaboration.		
DATE /.... /....		
Signature du patient et/ou signature		
	Cachet du médecin traitant	



CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ – ANESTHÉSIE

HOSPITALISATION

ÉTIQUETTE



Je soussigné(e) certifie qu'au cours de la consultation d'anesthésie du Docteur du / / afin de préparer l'intervention chirurgicale prévue le / / et, après avoir reçu et compris l'intégrité des informations relatives à la procédure d'anesthésie y compris les effets secondaires et les risques, les soins de suivi, marque expressément mon consentement à l'égard de la réalisation de l'intervention chirurgicale précitée.

En cas de nécessité chirurgicale, le type d'anesthésie et/ou analgésie proposé peut être modifié dans votre intérêt.

Je m'engage à les respecter scrupuleusement, conscient et averti des risques liés à ce non-respect, à savoir :

- ▶ Je resterai à jeûn (ne pas boire, ne pas manger et ne pas fumer selon les recommandations données par le médecin anesthésiste).
- ▶ Je ne prendrai pas d'autres médicaments que ceux prescrits ou autorisés par le médecin anesthésiste selon les recommandations reçues à la consultation d'anesthésie.

En cas d'hospitalisation d'un jour :

- ▶ Je ne conduirai pas de véhicule 24H après la sortie de l'hôpital de jour.
- ▶ Je serai accompagné(e) par une personne responsable jusqu'au lendemain matin.
- ▶ Je ne signerai pas de documents importants ni ne prendrai de décisions pendant les 24H qui suivent l'anesthésie.

Fait le / /

Signature du patient :

CONSIGNES PRÉOPÉRATOIRES

SERVICE D'ANESTHÉSIE

Vous venez de rencontrer l'anesthésiste. Ce document vous donne de manière succincte les directives à suivre jusqu'à l'entrée dans notre service et pour la durée de votre séjour.

1. Vous allez dès maintenant au laboratoire afin d'effectuer la prise de sang (demande d'examen + 2 étiquettes)
OUI NON
2. Vous allez dès maintenant en cardiologie pour effectuer vos examens complémentaires (demande d'examen + 2 étiquettes) OUI NON
3. Vous allez dès maintenant faire d'autres examens (demande d'examen + 2 étiquettes) OUI NON
4. Modification de votre traitement avant la chirurgie :

.....

.....

.....

5. La veille de l'intervention ou de l'examen endoscopique sous narcose, il faut :
 - ▶ Rester à jeun, ne pas boire à partir de heures, ne plus manger à partir de heures.
 - ▶ Prendre une douche la veille et le matin de votre intervention.
6. Date de l'intervention :
- ▶ Prise de médicaments :

.....

.....

Nous espérons que vous passerez un agréable séjour au sein de notre institution et vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

L'anesthésiste



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT AVANT UNE TRANSFUSION/ADMINISTRATION DE DÉRIVÉS SANGUINS

La transfusion sanguine est un acte médical toujours effectué sous la supervision du médecin transfuseur.

Les 3 principaux composants sanguins pouvant être prescrits sont :

- ▶ Les globules rouges qui transportent l'oxygène vers les tissus.
- ▶ Les plaquettes, indispensables à la formation d'un caillot, qui permettent d'arrêter un saignement.
- ▶ Le plasma qui contient des facteurs permettant la coagulation du sang.

Une transfusion sanguine peut être recommandée dans les situations suivantes :

- ▶ Anémie sévère : pour augmenter le nombre de globules rouges et améliorer l'oxygénation des tissus.
- ▶ Hémorragie/saignement actif : suite à un accident, une chirurgie ou un accouchement, pour compenser la perte de sang.
- ▶ Maladies sous-jacentes : telles que certains cancers ou troubles sanguins, qui affectent la production ou la qualité des cellules sanguines.

L'acte transfusionnel :

Un triptyque d'information détaillant le processus de transfusion est à votre disposition. Ce document vous expliquera :

- ▶ La provenance du sang utilisé.
- ▶ Le déroulement de la transfusion sanguine.
- ▶ Le refus de la transfusion.

Risques de la transfusion :

Bien que généralement considérée comme sûre, la transfusion comporte des risques, qui peuvent inclure :

- ▶ Réactions allergiques : allant de légères (urticaire, fièvre modérée) à sévères (dégradation respiratoire, hypotension artérielle).
- ▶ Infections : exceptionnelles grâce aux protocoles de dépistage rigoureux.
- ▶ Transfusion incompatible: rare suite à des vérifications répétées des groupes sanguins, mais pouvant provoquer des réactions graves (dégradation respiratoire, hypotension artérielle).
- ▶ Autres effets secondaires : fièvre, frissons ou douleur au site de ponction de la perfusion...

Quelles sont les attentes d'une transfusion :

- ▶ Amélioration de votre état général.
- ▶ Rétablissement rapide.
- ▶ Soutien crucial pendant des traitements comme la chimiothérapie.

Informations complémentaires :

Un folder d'informations est disponible pour vous fournir des détails supplémentaires sur l'acte transfusionnel.

Consentement ou refus :

Je reconnais avoir lu et compris les informations ci-dessus. J'ai eu l'opportunité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.

Je consens à recevoir une transfusion sanguine et/ou des produits dérivés du sang.

Je refuse à recevoir une transfusion sanguine et/ou des produits dérivés du sang.

Je soussigné(e)

Nom, Prénom :

Je reconnais que la nature de l'acte transfusionnel ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. Je peux à tout moment revenir sur ma décision.

Signature du patient

Cachet du médecin

Fait à

Le/...../.....

Réalisé en deux exemplaires dont un remis au patient et l'autre conservé dans le dossier.

PARCOURS CHIRURGICAL DE SOINS EN HOSPITALISATION CLASSIQUE DU PATIENT DE PLUS DE 75 ANS

CE DOCUMENT EST À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ 75 ANS OU PLUS

Vous avez 75 ans ou plus et allez prochainement être hospitalisé pour une intervention chirurgicale.

Avec l'avancée en âge, diverses fragilités peuvent apparaître et ainsi augmenter les risques opératoires et ralentir votre rétablissement. Plusieurs **facteurs** peuvent intervenir: les chutes à répétition, les troubles de la mémoire, la perte d'autonomie, la polymédication,...

S'ils sont dépistés, ces **facteurs** peuvent être pris en charge afin d'optimiser au mieux votre état de santé avant l'intervention.

Le questionnaire suivant permettra de dépister ces éventuelles fragilités.

Veillez le compléter. En cas de difficultés, votre médecin traitant pourra vous aider.

(Une seule réponse possible par question)

1. Combien de temps vous êtes-vous senti fatigué durant ces 4 dernières semaines?

Tout le temps / la plupart du temps	<input type="checkbox"/> 1 point
De temps en temps / pas souvent / jamais	<input type="checkbox"/> 0 point

2. Seul et sans aide, avez-vous des difficultés à monter 10 marches sans vous reposer ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1 point
Non	<input type="checkbox"/> 0 point

3. Seul et sans aide, avez-vous des difficultés à marcher plus de 100 mètres ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1 point
Non	<input type="checkbox"/> 0 point

4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de 5 ou plus des maladies suivantes ?

- ▶ Hypertension
- ▶ Diabète
- ▶ Cancer (autre qu'un cancer mineur de la peau)
- ▶ Maladie respiratoire chronique
- ▶ Infarctus myocardique
- ▶ Insuffisance cardiaque
- ▶ Angine de poitrine
- ▶ Asthme
- ▶ Arthrose
- ▶ Accident vasculaire cérébral
- ▶ Maladie rénale

Oui	<input type="checkbox"/> 1 point
Non	<input type="checkbox"/> 0 point

5. Avez-vous perdu plus de 5% de votre poids au cours de ces 12 derniers mois ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1 point
Non	<input type="checkbox"/> 0 point

Additionnez le nombre de points correspondant à chaque question: Score total : /5

ÉTIQUETTE



ET MAINTENANT ?

- **Votre score est supérieur ou égal à 3** : une évaluation plus approfondie de votre fragilité pourrait être effectuée avant votre intervention chirurgicale. Parlez-en avec votre médecin traitant et contactez l'Hôpital de jour des Aînés (coordonnées ci-dessous).
En fonction du type d'intervention programmée, vous serez recontacté par le secrétariat afin de fixer un rendez-vous.
- **Votre score est inférieur à 3** : vous ne devez rien faire. Toutefois, si votre médecin traitant souhaite une évaluation préopératoire de votre fragilité, il peut prendre contact avec l'Hôpital de jour des Aînés.

Informations destinées à votre médecin traitant

Cher Confrère,

Nous mettons en place un parcours de soins du patient âgé chirurgical. Tout patient âgé de 75 ans ou plus devant subir une chirurgie à risque pourra bénéficier d'un dépistage de la fragilité via le questionnaire ci-dessus. Si son score est supérieur ou égal à 3, et en fonction du type de chirurgie, une évaluation complète de sa fragilité sera proposée, avec votre accord, à l'Hôpital de jour des Aînés de Marie Curie ou Vésale. A l'issue de cette évaluation, des recommandations pourront être formulées pour améliorer le statut préopératoire de votre patient et des mesures pourront être prises tout au long de son parcours hospitalier pour diminuer le risque de complications post-opératoires.

Dans certains cas, une pré-habilitation nutritionnelle ou kinésithérapeutique pourra être proposée.

Le score de votre patient est supérieur ou égal à 3 ➔ N'hésitez pas à contacter l'Hôpital de jour des Aînés pour organiser la suite de la prise en charge.

Hôpital André Vésale

Rue de Gozée, 706
6110 Montigny-Le-Tilleul
Hôpital de jour des Aînés
1^{er} étage - Niveau entrée principale

Pour tout renseignement

complémentaire, vous pouvez nous
contacter au numéro suivant :

☎ 071/92.14.90

✉ hjgeriatrie@humani.be

Hôpital Civil Marie Curie

Chée de Bruxelles, 140
6042 Lodelinsart
Hôpital de jour des Aînés
4^{er} étage - Bloc Consultation

Pour tout renseignement

complémentaire, vous pouvez nous
contacter au numéro suivant :

☎ 071/92.16.74

✉ [hospitaldejour.geriatrique.
marie-curie@humani.be](mailto:hospitaldejour.geriatrique.marie-curie@humani.be)

LA PRÉPARATION À DOMICILE AVANT VOTRE INTERVENTION



La douche préopératoire

La douche est destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau avant toute intervention.

La bonne réalisation de cette douche est une mesure nécessaire destinée à améliorer la sécurité et à garantir la qualité des soins qui sont prodigués par toute l'équipe soignante.

Pour une efficacité optimale, la douche préopératoire doit être pratiquée suivant les consignes qui figurent dans cette notice.

Le non-respect de ces consignes peut entraîner des complications opératoires.

Merci de vous rendre en pharmacie afin de vous procurer 8 flacons d'Iso-betadine® Uniwash savon 10 ml.

En cas d'allergie à l'Iso-betadine®, utilisez de l'Hibiscrub® ou du savon liquide neutre.

Vous devrez réaliser 2 douches avant votre intervention :

- ▶ L'une la veille
- ▶ L'autre le matin de l'intervention à domicile ou à l'hôpital si vous êtes déjà hospitalisé



Scannez le QR code pour plus d'informations en vidéo

1 Ôter les bijoux, piercings et se démaquiller



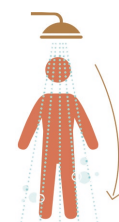
3 Se brosser les dents.
NE PAS AVALER L'EAU !



2 Vérifier que la totalité du vernis à ongles soit ôté et vos ongles coupés



4 Prendre une seconde douche, selon la même technique que la première



Avant l'opération

Ôter les prothèses dentaires, auditives et autres

Ôter les lunettes et les lentilles de contact



Comment pratiquer la douche ?



Avec l'Iso-betadine® Uniwash, la mousse sera brune au départ et deviendra blanche au fur et à mesure

Se mouiller le corps, la tête et les cheveux :



0

Avec le 1^{er} flacon

Réalisez le shampoing, lavez le visage et le cou.



1

Avec le 2^e flacon

Lavez tout le haut du corps, insistez sur certaines zones : les ongles, les dessous de bras et le nombril.



2

Avec le 3^e flacon

Lavez les jambes et les pieds, insistez entre les orteils.



3

Avec le 4^e flacon

Lavez les parties génitales et le pli interfessier



4

Rincez abondamment toujours de haut en bas.



5

Séchez-vous avec une serviette propre et mettez des vêtements propres. N'utilisez aucune crème et ne rasez pas la zone opératoire.



6



Réalisez le shampoing, lavez le visage et le cou.

Ne portez pas de bijoux ni de vernis et les ongles coupés courts.

Insistez sur la zone intime.

Pas de vernis, ongles coupés et insistez entre les orteils.

★ Insistez sur ces zones

VOTRE SÉJOUR EN CHIRURGIE

VOTRE INTERVENTION CHIRURGICALE PEUT ÊTRE ORGANISÉE :

▶ En Hôpital de Jour Chirurgical

- ▶ Circuit classique (patient couché).
- ▶ Circuit-court à pied ou en fauteuil (patient debout).

▶ En hospitalisation classique

Le choix du circuit dépendra du type de chirurgie et de votre état de santé. Vous trouverez ci-après les différentes prises en charge.

En cas d'hospitalisation, pensez à prendre les prescriptions/consignes qui vous ont été données, ainsi que :

- ▶ Vos bas de contention,
- ▶ Vos béquilles,
- ▶ Votre CPAP,
- ▶ Une poche de glace (gel thermique), etc.

▶ Vous avez un problème ou un empêchement ? Merci de prévenir :

▶ Pour l'Hôpital de Jour Chirurgical

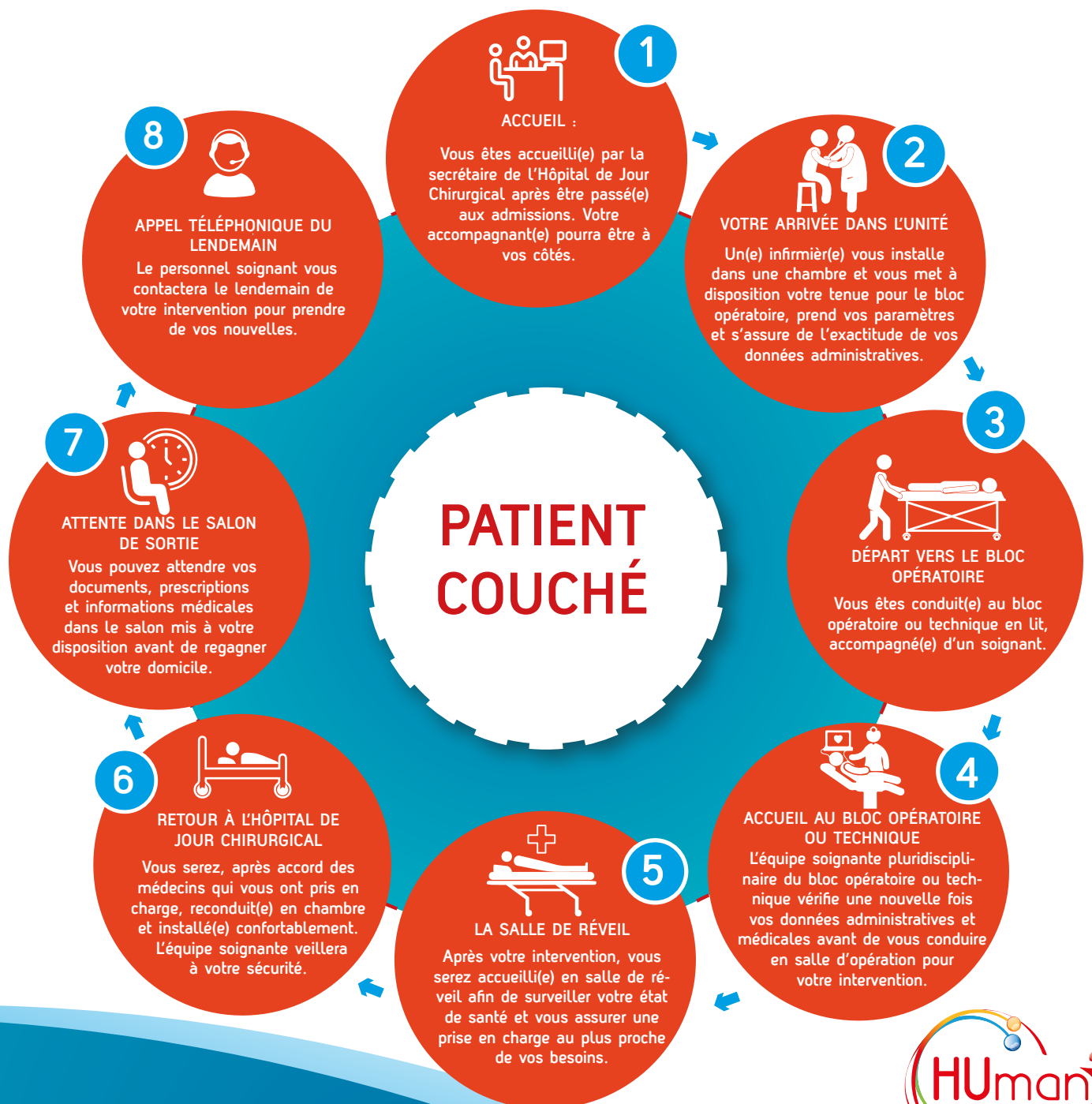
- Hôpital Civil Marie Curie : **071/92.31.11** ou **071/92.31.17**
- Hôpital André Vésale : **071/92.14.50** ou **071/92.14.52**
- Centre de Santé des Fagnes : **060/21.86.96**

▶ Pour une hospitalisation classique

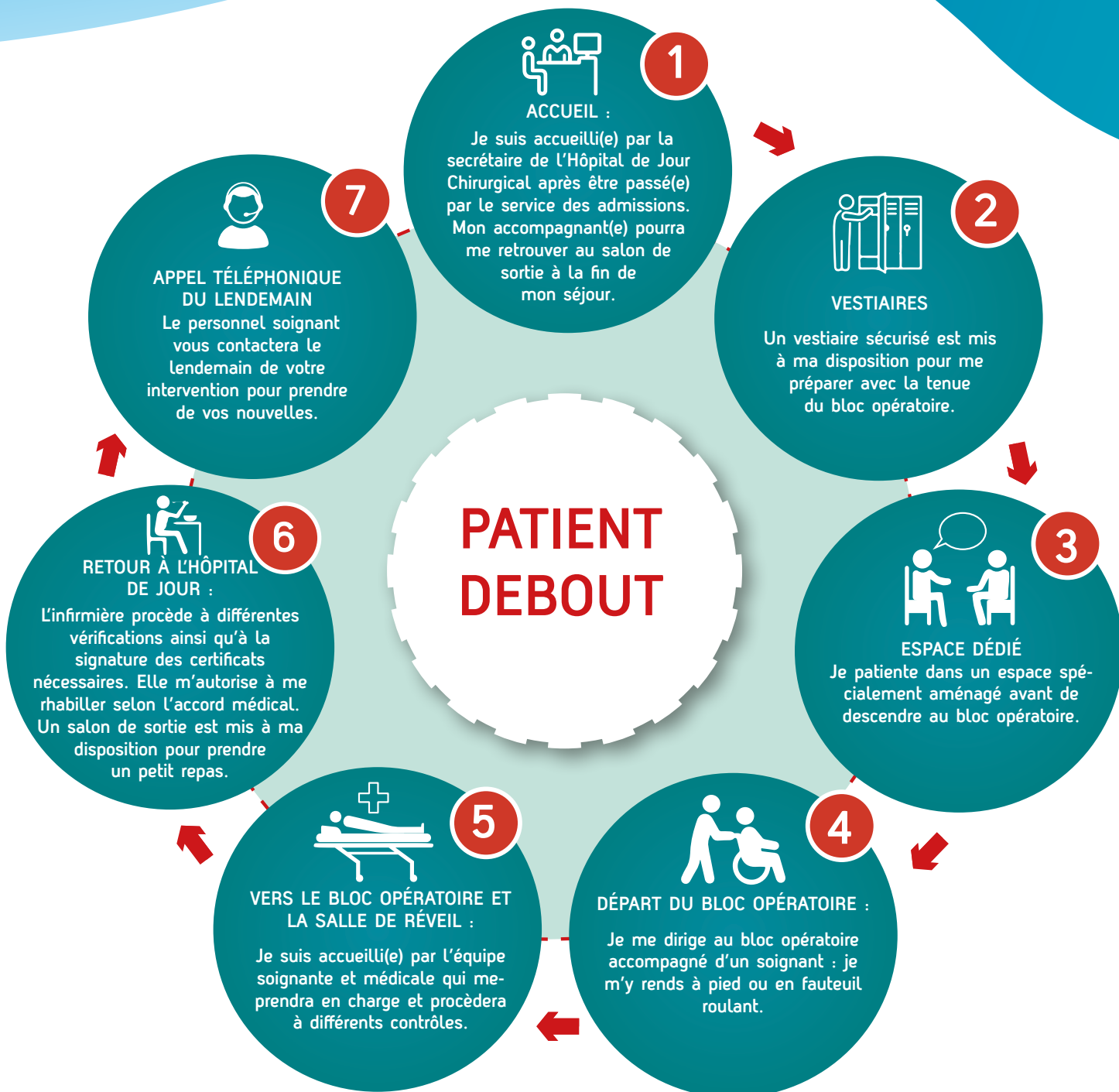
- Hôpital Civil Marie Curie : **071/92.04.08**
- Hôpital André Vésale : **071/92.04.21**
- Centre de Santé des Fagnes : **060/21.86.96**

VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL : PATIENT COUCHÉ

Certaines interventions chirurgicales ou certains actes techniques sous anesthésie nécessitent votre installation dans un lit. Votre prise en charge sera donc similaire à une hospitalisation classique mais de courte durée, afin d'accélérer votre rétablissement.



VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL DE JOUR CHIRURGICAL : PATIENT DEBOUT



A la moindre inquiétude ou si j'ai une question concernant mon état de santé, je peux joindre :

- > L'Hôpital Civil Marie Curie au 071/92.31.17
- > L'Hôpital André Vésale au 071/92.14.50
- > Le Centre de Santé des Fagnes au 060/21.86.96

Je peux également me rendre chez mon médecin traitant ou directement aux urgences si nécessaire.



www.humani.be

Certaines interventions nécessitent une durée d'hospitalisation plus longue, vous serez alors accueilli en unité classique.



Le CHU Charleroi-Chimay vous remercie pour votre confiance et vous souhaite un prompt rétablissement.

EXPLICATIONS RELATIVES À VOTRE DÉCLARATION D'ADMISSION EN HOSPITALISATION

En tant que patient, vous pouvez faire certains choix qui ont une influence considérable sur le prix de votre séjour à l'hôpital. Ces choix, sont réalisés au moyen de la déclaration d'admission.

Le présent document a pour but de vous informer sur le coût de votre hospitalisation, afin que vous puissiez décider du choix de la chambre en toute connaissance de cause lorsque vous remplissez votre déclaration d'admission.

LE COÛT EST DÉTERMINÉ PAR LES FACTEURS SUIVANTS :

1. La façon dont vous êtes assuré ;
2. Le type de chambre que vous choisissez ;
3. La durée de votre séjour à l'hôpital ;
4. Les frais pharmaceutiques ;
5. Les honoraires facturés par les médecins et les paramédicaux ;
6. Les frais liés à d'éventuels produits et services complémentaires.

ASSURANCE

Toutes les personnes résidant en Belgique ont l'obligation de s'affilier à une mutualité. L'assurance maladie, par le biais de la mutualité, paie une partie des frais liés à votre traitement médical et à votre hospitalisation. En tant que patient, vous devez également supporter une partie de ces frais. C'est la quote-part personnelle (ou le ticket modérateur).

Certaines personnes peuvent, compte tenu notamment de leurs revenus et/ou de leur situation familiale, prétendre à une intervention majorée de la mutualité (aussi appelée tarif préférentiel). En cas d'hospitalisation, ces personnes paient une quote-part personnelle inférieure à celle payée par un assuré ordinaire. N'hésitez pas à demander à votre mutualité si vous avez droit à l'intervention majorée.

Les personnes qui ne sont pas en ordre au niveau de l'assurance maladie obligatoire doivent supporter elles-mêmes tous les frais liés à leur hospitalisation. Ces frais peuvent être considérables. Il est donc important que vous soyez en ordre au niveau de votre assurance maladie obligatoire. En cas de doute ou de problème, prenez contact avec votre mutualité le plus rapidement possible.

Certaines interventions (notamment celles à caractère purement esthétique) ne sont pas remboursées par la mutualité. Dans ce cas, vous devez payer vous-même la totalité des frais liés à votre hospitalisation (traitement médical et séjour), même si vous bénéficiez de l'intervention majorée. Nous vous invitons à vous adresser à votre médecin ou à votre mutualité pour des informations sur les possibilités de remboursements de certaines interventions.



www.humani.be

N'hésitez pas à contacter le service des admissions qui se tient à votre disposition pour réaliser une estimation du coût de votre séjour.

Si votre hospitalisation est due à un accident du travail, veuillez le signaler lors de votre admission. Si l'assurance « Accidents du travail » reconnaît l'accident, elle paiera directement les frais à l'hôpital. Certains frais ne sont jamais remboursés par l'assurance « Accidents du travail ». C'est le cas, par exemple, des suppléments pour chambre individuelle : ces suppléments sont à votre charge.

Si vous avez souscrit une assurance hospitalisation complémentaire, votre compagnie d'assurance peut éventuellement intervenir, elle aussi, dans les frais liés à votre hospitalisation. Seule votre compagnie d'assurance peut vous informer sur les éventuels frais qu'elle remboursera. Informez-vous auprès de votre assureur.

Si vous n'êtes pas dans l'une des situations précitées (par exemple : patient à charge d'un CPAS, patient assuré dans un autre Etat membre de l'Union Européenne, etc), prenez contact avec le service social de l'hôpital pour de plus amples informations sur vos droits, etc.

CHOIX DE LA CHAMBRE

Le type de chambre que vous choisirez pour votre séjour a une influence déterminante sur le coût de votre hospitalisation. Le choix de la chambre n'a aucun impact sur la qualité des soins dispensés ou sur la possibilité de choisir librement votre médecin.

En tant que patient, vous pouvez opter pour :

- ▶ Une chambre commune à deux lits.
- ▶ Une chambre particulière (individuelle), qui peut être soit une chambre à un lit, soit une chambre à deux lits privatisée dans laquelle le 2^e lit est réservé pour un accompagnant éventuel.

Si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une chambre à deux lits, vous ne paierez **ni supplément de chambre, ni supplément d'honoraires**.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle (et si vous y séjournez effectivement), l'hôpital peut vous facturer des **suppléments de chambre (55€/jour)**, et les médecins des **suppléments d'honoraires (de 0 à 200% sur toutes les prestations médicales)**. Un séjour en chambre individuelle est donc plus coûteux qu'un séjour en chambre commune à deux lits.

En choisissant un certain type de chambre, vous marquez votre accord sur les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et de suppléments d'honoraires.

- ▶ Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre plus coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous aviez choisi s'appliquent (vous optez par exemple pour une chambre commune mais, faute de chambre commune disponible, vous recevez une chambre individuelle. Les conditions de la chambre commune s'appliquent).
- ▶ Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre moins coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous occupez effectivement s'appliquent (vous optez par exemple pour une chambre individuelle mais, faute de chambre individuelle disponible, vous recevez une chambre commune. Les conditions de la chambre commune s'appliquent).

CONSULTEZ LES TARIFS LIÉS À VOTRE HOSPITALISATION **VIA LE QR CODE SUIVANT :**



Vous avez d'autres questions concernant les frais liés à votre traitement médical, votre séjour à l'hôpital ou une estimation du coût de votre séjour ?

Nous vous invitons à prendre contact avec votre médecin hospitalier ou le service des admissions :

- ▶ **Site André Vésale** : 071/92.04.21 ou admissions.vesale@humani.be
- ▶ **Site Marie Curie** : 071/92.04.02 ou admissions.mariecurie@humani.be
- ▶ **Site Chimay**: 060/21.86.96 ou accueil.polyclinique@humani.be

Vous pouvez également vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social et le service de médiation interculturelle de notre hôpital se tiennent à votre disposition les jours ouvrables de 8h00 à 16h00 :

- ▶ **Site André Vésale** : 071/ 92.05.70
- ▶ **Site Marie Curie** : 071/92.05.50
- ▶ **Site Centre de Santé des Fagnes**: 060/21.86.61 ou 060/21.86.60

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur www.humani.be

La loi relative aux droits du patient prévoit que chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

VOUS ÊTES RÉSIDENT FRANÇAIS ?

Le patient concerné par une convention **ZOAST** (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) peut se rendre, sans autorisation médicale préalable, dans un établissement de soins (parmi ceux identifiés) de l'autre côté de la frontière et avoir accès à tous les soins dispensés par cet établissement.

Le CHU Charleroi-Chimay fait partie de ces ZOAST via le Centre de Santé des Fagnes : ZOAST Ardennes et ZOAST Thiérache.

⇒ JE SUIS RÉSIDENT FRANÇAIS :

- ▶ Je suis couvert par la sécurité sociale française.
- ▶ Je me munis de :
 - ☑ La carte vitale,
 - ☑ La carte d'identité,
 - ☑ La CEAM (carte européenne d'assurance maladie).
- ▶ Si je souhaite une chambre particulière, des suppléments de chambre (55€/jour) et d'honoraires (max 200%) me seront facturés. Il est vivement conseillé de se renseigner pour valider la prise en charge des frais supplémentaires par votre mutuelle complémentaire.

Suis-je domicilié dans l'une des communes suivantes ?

- AISNE (02) : 02120 ; 02140 ; 02170 ; 02260 ; 02360 ; 02450 ; 02500 ; 02550 ; 02580 ; 02620 ; 02830.
- Ardennes (08) : 08000 ; 08090 ; 08200 ; 08210 ; 08230 ; 08260 ; 08290 ; 08450 ; 08460 ; 08500 ; 08600 ; 08700 ; 08110 ; 08120 ; 08140 ; 08150 ; 08160 ; 08170 ; 08320 ; 08330 ; 08350 ; 08370 ; 08380 ; 08390 ; 08410 ; 08430 ; 08800 ; 08999.
- Nord (59) : 59132 ; 59177 ; 59186 ; 59212 ; 59216 ; 59219 ; 59244 ; 59440 ; 59550 ; 59610 ; 59740.

⇒ MA FACTURE

Oui ▶ je suis un patient ZOAST

● Ai-je une couverture 100% (ALD/CMU)?

- ▶ **Oui** : une facture totale est envoyée à votre CPAM.
- ▶ **Non** : une facture partielle est envoyée à votre CPAM. Un ticket modérateur reste à votre charge. Ce dernier pourra vous être éventuellement remboursé par votre mutuelle complémentaire via une facture acquittée.

Non ▶ je ne suis pas un patient ZOAST

● Mes soins sont-ils urgents ?

- ▶ **Oui** : sur présentation d'une CEAM, une facture partielle est envoyée à votre CPAM. Un ticket modérateur reste à votre charge. Ce dernier pourra vous être éventuellement remboursé par votre mutuelle complémentaire via une facture acquittée.
- ▶ **Non** : facture 100% à charge patient.



⇒ FACTURATION

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être expédiées ultérieurement au patient.

⇒ ANNULATION DE RENDEZ-VOUS

Toute annulation de rendez-vous doit se faire au minimum deux jours ouvrables avant ce dernier via le numéro suivant : **071/92.25.11** disponible 24h/24 ou via la **prise de rendez-vous en ligne**. HUmani se réserve le droit de vous facturer des frais administratifs d'un montant de 10 euros en cas de non-annulation d'une consultation et de 25 euros en cas de non-annulation d'examen(s) ou d'acte(s) technique(s).

⇒ CONDITIONS DE PAIEMENT

Les factures sont payables au comptant ou au plus tard endéans les 15 jours de la date d'envoi. Tout paiement doit porter en référence la communication structurée telle que figurant sur la facture émise. À défaut de paiement à l'échéance, un rappel sans frais sera envoyé au patient. Ce rappel gratuit sera adressé par voie électronique (SMS ou mail) ou sous format papier.

À défaut de paiement à l'échéance du rappel, le montant impayé sera majoré, sans mise en demeure préalable :

● D'un montant forfaitaire

- ▶ 20 euros si le montant restant dû est inférieur ou égal à 150 euros.
- ▶ 30 euros augmentés de 10% du montant dû sur la tranche comprise entre 150,01 et 500 euros si le montant restant dû est compris entre 150,01 et 500 euros.
- ▶ 65 euros augmentés de 5% du montant dû sur la tranche supérieure à 500 euros avec un maximum de 2000 euros si le montant restant dû est supérieur à 500 euros.

● D'un taux d'intérêt de retard au taux directeur majoré de huit points de pourcentage visé à l'article 5, alinéa 2, de la loi du 02 août 2002, calculé après un délai de 14 jours calendrier qui commence à courir le troisième jour ouvrable suivant la date d'envoi du rappel et jusqu'à parfait paiement. Les frais judiciaires qui seraient exposés à défaut de paiement sont à charge du patient.

⇒ RECIPROCITE

À titre de réciprocité, en cas de retard dans le paiement d'une somme due et non contestée par l'institution, nonobstant l'envoi d'un rappel resté sans réponse, le patient aura droit à une indemnité de même ordre.

⇒ INFORMATION ET AIDE

Sur simple demande, HUmani met à la disposition du patient en difficulté de paiement l'ensemble des services administratifs. Le rapport de ces services permet, le cas échéant, d'accorder des facilités de paiement. En cas de litige, seuls les Tribunaux de l'arrondissement judiciaire de Charleroi sont compétents.

- Pour tout renseignement concernant les paiements, le service contentieux est accessible de **09h00 à 12h00** aux numéros suivants :
 - ▶ **Hôpital André Vésale, Hôpital Civil Marie Curie et Centre de Santé des Fagnes : 071/92.03.38**
- Pour tout renseignement concernant le contenu des factures, le service facturation est accessible de **08h00 à 16h00** aux numéros suivants :
 - ▶ **Hôpital André Vésale et Hôpital Civil Marie Curie : 071/92.03.02**
 - ▶ **Centre de Santé des Fagnes : 060/21.87.42**

Je soussigné(e),, né(e) le .../.../....., reconnais avoir reçu en mains propres un exemplaire des conditions générales d'HUMANI, en avoir pris connaissance et en accepter le contenu.

Fait à, le .../.../.....

Signature du/de la patient(e) :

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DU REPRÉSENTANT DANS LE CADRE DE L'EXERCICE DES DROITS DU PATIENT

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 14, §1/1)

Je soussigné(e), (nom et prénom du patient) né(e) le .../.../..... et résidant à l'adresse suivante :

désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas capable d'exercer moi-même mes droits de patient, tels que décrits dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.



Données personnelles du représentant désigné :

- Nom et prénom :
- Adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :
- Adresse e-mail :

Fait à....., le..... (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation de représentant telle que visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits de patient lui-même.

Fait à....., le..... (date)

Signature du représentant désigné :



www.humani.be

À REMPLIR DE MANIÈRE FACULTATIVE (SANS AUCUNE OBLIGATION)



Je soussigné(e).....(nom et prénom du patient)
né(e) le .../.../..... et résidant à l'adresse suivante :

désigne, selon l'ordre successif déterminé ci-dessous, l'(es) autre(s) personne(s) suivante(s) comme éventuel futur représentant dans le cadre de mes droits de patient, pour le cas où la personne désignée ci-dessus ferait défaut.

Cela peut être notamment le cas si le représentant désigné ci-dessus ne souhaitait explicitement plus intervenir comme représentant (pour une période déterminée ou de manière définitive); s'il n'était lui-même plus capable d'exercer mes droits du patient en mon nom ou s'il était décédé.

1. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant :

-
- Adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :
- Adresse e-mail :

Fait à..... , le..... (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à..... , le..... (date)

Signature de l'éventuel futur représentant :

2. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant :

-
- Adresse postale :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :
- Adresse e-mail :

Fait à..... , le..... (date)

Signature du patient :

J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.

Fait à..... , le..... (date)

Signature de l'éventuel futur représentant :

EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE MANDAT DE DÉSIGNATION DU REPRÉSENTANT

1. Le représentant d'un patient tel que visé dans la loi relative aux droits du patient intervient au nom d'un patient incapable d'exercer lui-même ses droits de patient. C'est le professionnel des soins de santé qui apprécie si un patient est capable ou non d'exercer ses droits de patient.

2. Le professionnel des soins de santé doit savoir qui représente le patient devenu incapable d'exercer ses droits de patient ; autrement dit il doit savoir qui est la personne autorisée à exercer les droits du patient en son nom. Un mandat de désignation de représentant a le mérite de préciser la personne choisie par le patient. Le patient peut éventuellement aussi désigner des proches qui pourront assister le représentant.

Si le patient n'avait pas désigné préalablement de représentant (via mandat écrit) au moment où il devient incapable d'exercer ses droits, le professionnel des soins de santé s'adresse alors à la personne telle que désignée dans la loi relative aux droits du patient (par ordre de priorité) : l'éventuel administrateur de la personne, le partenaire du patient, un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeur(e), le professionnel des soins de santé lui-même.

3. Il est recommandé de rédiger le mandat de désignation de représentant en plusieurs exemplaires originaux : un exemplaire original peut être conservé par le représentant désigné et un autre par chacune des autres personnes éventuellement mentionnées ci-dessus dans le modèle de mandat ; un exemplaire peut être conservé par le patient ; un exemplaire peut être transmis au médecin traitant ou à un autre médecin choisi par le patient.

4. Comme il n'existe pas, actuellement, de système d'enregistrement légalisé et centralisé du mandat désignant le représentant de la loi « droits du patient », **il appartient au patient de faire connaître lui-même le mandat** auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie. Le patient peut demander que le mandat de désignation de représentant soit inséré dans un ou plusieurs dossier(s) patient le concernant.

5. Le patient peut éventuellement choisir de désigner son représentant dans le cadre du mandat de protection extra-judiciaire sur la personne prévu dans le Code civil, avec les formes et les frais que cela implique (le plus souvent via notaire). Il s'agit alors d'y respecter les termes et conditions du mandat de la loi relative aux droits du patient. Pour plus d'info, voir www.notaire.be. Il appartient au patient de faire connaître la désignation du représentant « droits du patient » via ce mandat auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie.

6. La présente désignation de représentant par mandat écrit **peut à tout moment être révoquée par le patient ou par le représentant** par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé au patient d'en informer toutes les personnes qui ont reçu ou signé le mandat initial.

Plus d'information sur le rôle du représentant et sur les limites de ses compétences ?

Voyez www.patientright.be, brochure Loi « Droits du patient » - Ensemble dans le dialogue, ensemble dans les soins.

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 11/1 §1 et §2



Je soussigné(e), (nom et prénom du patient) né(e) le .../.../.....
et résidant à l'adresse suivante :

(Cochez la /Les case(s) appropriée(s), selon vos propres souhaits)

Désigne la personne mentionnée ci-dessous pour **m'assister** dans le cadre de mon/mes droit(s) de patient suivant(s) :

- bénéficier de soins de qualité
- choisir librement le professionnel des soins de santé
- être informé sur les prestations de soins envisagées en vue de mon consentement à celles-ci
- être informé sur mon état de santé
- consulter mon dossier de patient
- obtenir une copie de mon dossier de patient
- être assuré du respect de mon intimité et de la protection de ma vie privée
- déposer plainte auprès du service de médiation compétent



Autorise la personne mentionnée ci-dessous **à intervenir, en dehors de ma présence**, dans le cadre de mon / mes droit(s) suivant(s) :

Être informé sur mon état de santé

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

Être informé sur les prestations de soins envisagées

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

Consulter et/ou obtenir une copie de mon dossier patient

- pour une période déterminée : de à(date)
- pour une période indéterminée
- auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) :
- auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

COORDONNÉES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Tel :

Date naissance :

Adresse e-mail :

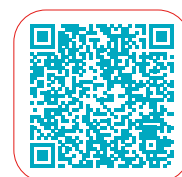
Fait à, le .../.../.....(date)

Signature du patient :

EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

1. La personne de confiance est une personne de soutien qui intervient à la demande du patient. Elle assiste un patient encore capable d'exercer ses droits de patient et donc de prendre lui-même des décisions concernant ses soins de santé.
2. Le patient n'est pas obligé de désigner par écrit sa personne de confiance pour être assisté dans le cadre de l'exercice ses droits de patient; il peut le faire oralement auprès du professionnel des soins de santé. Mais un écrit du patient (éventuellement via le présent formulaire) peut permettre de clarifier sa situation auprès des professionnels des soins de santé. En tout état de cause, s'il en a connaissance, le professionnel des soins de santé inscrit dans le dossier patient l'identité et les compétences de la personne de confiance.
3. Le patient peut autoriser explicitement une personne de confiance à intervenir en dehors de sa présence dans le cadre des droits spécifiques suivants : le droit à être informé sur l'état de santé, le droit à être informé sur les prestations de soins (en vue du consentement du patient à celles-ci), le droit à consulter le dossier patient ou le droit à en obtenir une copie. Dans ce cas, une autorisation écrite (le cas échéant via le présent formulaire) est particulièrement appropriée au regard de l'obligation au secret professionnel du professionnel des soins de santé.
4. Le patient peut désigner plusieurs personnes de confiance pour l'assister / intervenir seule(s) dans le cadre d'un ou de plusieurs de ses droits de patient. Chacune des personnes de confiance désignées peut avoir ses compétences propres. Le patient peut, en ce cas, remplir plusieurs formulaires de désignation de personne de confiance.
5. Il est conseillé de rédiger le formulaire de désignation d'une personne de confiance au minimum en trois exemplaires originaux : un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un autre par un professionnel des soins de santé choisi par le patient.
6. Il n'existe pas, actuellement, de système d'enregistrement centralisé et légalisé de la désignation de personne(s) de confiance. Le patient doit donc prendre des initiatives pour faire connaître la personne de confiance auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie. A la demande du patient, le document de désignation de personne de confiance est inséré dans un ou plusieurs de ses dossiers de patient.
7. Le patient peut à tout moment (oralement ou par écrit) faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé que la personne de confiance qu'il avait désignée ne peut plus l'assister/intervenir. Et à tout moment (oralement ou par écrit), le patient peut faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé qu'il souhaite accorder plus de pouvoirs à la personne de confiance que ceux octroyés via un formulaire écrit.
8. Le professionnel des soins de santé est encouragé à vérifier régulièrement auprès du patient si la désignation de personne de confiance est toujours valide/d'actualité.

Plus d'information ? Voyez www.patientrights.be,



POURQUOI SIGNER UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ ?

La loi relative aux droits du patient, dans le respect du code de déontologie médical et infirmier, précise : « le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable ».

Pour être valide, le **consentement**, tout comme le refus, doit être **libre** (car il est obtenu sans aucune forme de pression) et **éclairé** (car vous avez obtenu des informations claires, complètes et adaptées de la part des professionnels de soins).

EN PRATIQUE :

Le consentement éclairé est donc l'**accord** que vous donnez au médecin par **la signature d'un document écrit** avant tout geste thérapeutique (par exemple intervention chirurgicale, traitement médical, anesthésie) ou diagnostique (par exemple examen invasif) **important après avoir été informé en consultation** sur :

- ▶ Le diagnostic,
- ▶ La nature du traitement,
- ▶ L'intervention à effectuer,
- ▶ Le degré d'urgence,
- ▶ Les bénéfices et les risques associés aux traitements et interventions,
- ▶ Les conséquences d'un refus de traitement ou d'une non intervention,
- ▶ Les autres possibilités de traitement.

En préparation de votre hospitalisation, **le médecin vous donnera le document consentement éclairé.**

Le document dûment complété et signé peut être remis directement à la consultation ou envoyé par mail :

- ▶ **Hôpital Marie Curie** : admissions.mariecurie@humani.be
- ▶ **Hôpital André Vésale** : admissions.vesale@humani.be
- ▶ **Centre de Santé des Fagnes** : accueil.polyclinique@humani.be

Il doit être transmis au CHU Charleroi-Chimay avant le jour de l'hospitalisation.

Assurez-vous d'avoir bien compris toutes les informations (« ce que j'ai, ce que je dois faire, quand et comment, et pourquoi c'est important de le faire »), et donc n'hésitez pas à interroger votre médecin si besoin :

- ▶ Posez des questions et demandez des explications complémentaires,
- ▶ Faites répéter le médecin et demandez-lui de faire un schéma ou de transmettre les informations par écrit pour vous aider à mieux les comprendre et à ne pas les oublier,
- ▶ Faites part de vos besoins, préférences et habitudes.

PROFIL DU PATIENT APTE À DONNER SON CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

En dehors des urgences vitales, vous êtes un **patient majeur, en pleine capacité de vos moyens et capable d'exprimer votre volonté.**

La capacité du patient à donner son consentement est laissée à l'appréciation du médecin.

À défaut, la loi sur les droits du patient désigne quelles sont les personnes pouvant valablement donner leur consentement en votre nom :

- ▶ Un représentant légal désigné par écrit,
- ▶ L'administrateur de la personne,
- ▶ L'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait,
- ▶ En ordre successif : un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeur(e) du patient.

À défaut de la présence d'un représentant, ou en cas de conflit entre ceux-ci, c'est le médecin qui prendra les décisions en votre nom et dans votre intérêt à la suite d'un échange multidisciplinaire.

CONCERNE : Information-autorisation,

ÉTIQUETTE



Je soussigné(e),
demeurant
....., reconnais avoir reçu du Docteur, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant les troubles ou la maladie dont je souffre, ainsi que les raisons pour lesquelles une intervention est souhaitable dans mon cas.

Il m'a aussi expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant ou non opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté mais également à des variations individuelles pas toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, les médecins peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire.

Fait à le

Signature

Signature et identification du signataire si autre que la personne concernée :

Nom, prénom:

Lien de parenté:



Votre passeport chirurgical

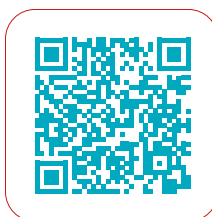
VOS RENDEZ-VOUS POSTOPÉRATOIRES

Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	
Le .../.../...	à	chez	<input type="checkbox"/> Marie Curie	<input type="checkbox"/> Vésale	<input type="checkbox"/> Chimay	

Prise de rendez-vous :

☎ 071/92.25.11

☎ 060/21.88.11



www.humani.be



CONSULTATION DE CHIRURGIE

- Identification du patient
- Consentement libre et éclairé
- Informations concernant le type d'intervention
- Désignation du site opératoire
- Date d'intervention



FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

- Identification du patient
- Planning des rendez-vous
- Consentement libre et éclairé
- Désignation de la personne de confiance
- Désignation du représentant légal
- Guide du patient hospitalisé
- Passeport chirurgical complet



CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

- Consentement libre et éclairé
- Informations concernant le type d'anesthésie
- Questionnaire médical d'anesthésie
- Examens prescrits :
 - o Prise de sang
 - o Électrocardiogramme
 - o Autres :
- Consignes préopératoires