

Emporte ce passeport à  
tous tes rendez-vous ainsi  
que le jour de l'intervention




## TON PASSEPORT CHIRURGICAL

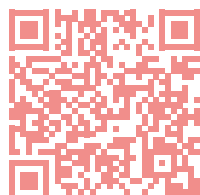
### TES RENDEZ-VOUS PRÉOPÉRATOIRES

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



ÉTIQUETTE





# SOMMAIRE

Tes rendez-vous préopératoires.....	1
Ton parcours .....	3
L' hospitalisation de votre enfant au sein du CHU Charleroi-Chimay .....	4
Zabou à l'hôpital : télécharge l'application.....	5
Questionnaire médical pour la consultation d'anesthésie.....	6
Consentement libre et éclairé d'anesthésie : autorisation d'opérer .....	8
Consignes préopératoires .....	10
Formulaire de consentement du patient avant une transfusion/administration de dérivés sanguins ....	11
La préparation à domicile avant ton intervention .....	13
Pourquoi signer un consentement libre et éclairé ? .....	15
Consentement libre et éclairé du patient .....	16
Les explications relatives à la déclaration d'admission en hospitalisation de votre enfant.....	18
Vous êtes résident français ? .....	21
Conditions generales.....	22
Tes rendez-vous postopératoires .....	23
Check-list : Passeport chirurgical pédiatrique .....	24



# TON PARCOURS



[www.humani.be](http://www.humani.be)

## SERVICE DES ADMISSIONS

### HUmani - Hôpital André Vésale

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

### HUmani - Hôpital Marie Curie

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

### HUmani - Centre Santé des Fagnes

Boulevard Louise, 18  
6460 Chimay  
Admission : 060/21.86.96

1  
**Consultation chirurgicale**



2  
**Passage aux admissions pour finalisation du dossier administratif**  
Documents divers

3  
**Consultation d'anesthésie et/ou consultation infirmière préopératoire**

- a. Questionnaires médicaux
- b. Consentement éclairé anesthésie
- c. Consignes préopératoires



4  
**Consultation(s) ou actes(s) techniques(s) complémentaire(s)**



5  
**L'hôpital contactera tes parents ou tes responsables légaux**



7  
**Le jour de ton intervention**



- 6  
• La douche préopératoire
- Les consignes à respecter

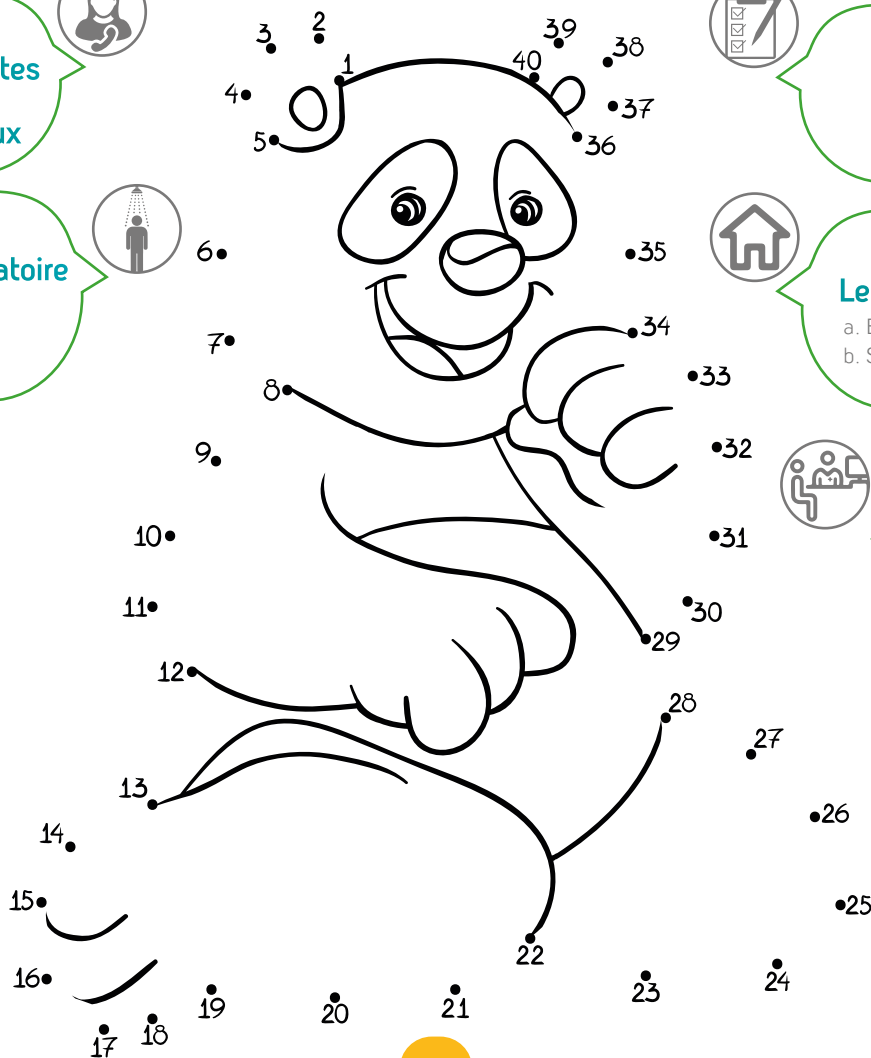


8  
**Le retour à domicile**

- a. Explication(s) retour à domicile
- b. Salon de sortie



9  
**Consultation(s) postopératoire(s)**





# L' HOSPITALISATION DE VOTRE ENFANT AU SEIN DU CHU CHARLEROI-CHIMAY

Cher parent/tuteur légal,

Votre enfant va prochainement être hospitalisé au sein du CHU Charleroi-Chimay. Afin de **réserver son 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 sa 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 l'hospitalisation future de votre enfant.

Si vous bénéficiez du système Assurcard (Ethias, Medexel Healthcare4U etc.), n'oubliez pas d'enregistrer son 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 son 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 sa sortie dépendra de son état de santé et sera autorisée sur avis médical du chirurgien et de l'anesthésiste.

Nous souhaitons d'ores et déjà à votre enfant 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



# Zabou à l'hôpital



## ZABOU À L'HÔPITAL : TÉLÉCHARGE L'APPLICATION

Bonjour !

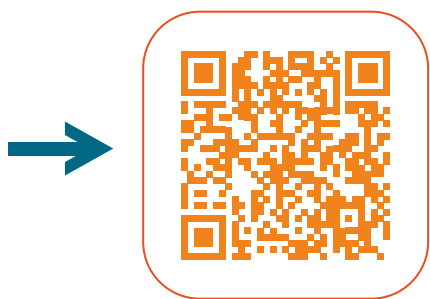
Je m'appelle Zabou et je suis la petite mascotte du service de pédiatrie.

Tu verras, ici, tout est fait pour que l'on s'y sente bien.

Avec moi, tu apprendras à mieux connaître les lieux et toutes les personnes que tu pourras rencontrer.

Grâce au bracelet d'identification qui te sera fourni à l'entrée, nous saurons aussi qui tu es. Garde-le précieusement à ton poignet pendant ton séjour chez nous!

**N'hésite pas à télécharger l'application « Zabou à l'hôpital ».**





# QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

ÉTIQUETTE DE  
L'HÔPITAL  
OU VIGNETTE

Ce questionnaire fait partie du bilan préopératoire, veuillez le compléter et l'apporter pour la consultation d'anesthésie.

### Identification du patient :

CHARLEROI	VÉSALE	CHIMAY	AMBULANT	HOSPITALISÉ	URGENT
-----------	--------	--------	----------	-------------	--------

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ....

Adresse : .....

Médecin traitant : .....

Nom du parent : .....

Numéro de téléphone du parent : .....

Votre enfant va prochainement bénéficier d'une anesthésie sur l'un des sites hospitaliers **CHU Charleroi-Chimay**. Afin d'optimiser sa prise en charge, nous vous demandons de compléter ce questionnaire le plus précisément possible, si possible avec l'aide de votre médecin traitant ou pédiatre.

Pensez à apporter les documents médicaux réalisés à l'extérieur (cardio, pneumo, labo, ...).

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

Groupe sanguin : ..... Tension artérielle : .....

<b>Votre enfant consomme-t-il ?</b>	Tabac :	OUI	NON	Quantité : .....
	Alcool :	OUI	NON	Quantité : .....
	Drogues :	OUI	NON	Quantité : .....
Appareil dentaire / Prothèses dentaires :	OUI	NON	Amovibles :	OUI      NON
Verres de contact / lentilles / prothèse oculaire :	OUI	NON		
Prothèses auditives :	OUI	NON		
Faux ongles :	OUI	NON		

### Quel(s) médicament(s) votre enfant prend-il chaque jour ou chaque semaine ?

\* Vous pouvez préciser la fréquence (médicament 1x par semaine ou 1x par mois), si nécessaire la manière dont les médicaments sont pris à la maison (écrasés, mélangés avec de la nourriture, dispersés dans du jus de fruit, etc.), si votre enfant les prend systématiquement ou à la demande en cas de douleur par exemple, etc.

Nom du médicament	Forme (comp., gélule, sirop, spray, amp...)	Dosage					Indication et remarques*
			Matin	Midi	Soir	Coucher	

### Antécédents chirurgicaux :

Année	Opération

Document détachable

Allergies :	OUI	NON
Votre enfant a-t-il présenté une réaction anormale à un médicament ?		
Si oui, précisez : .....		
Votre enfant a-t-il eu des réactions allergiques ?		
▶ à un médicament : si oui précisez : .....		
▶ à un aliment : si oui précisez : .....		
▶ à du sparadrap:		
▶ au latex:		
Général :		
Votre enfant est-il diabétique ?		
A-t-il déjà eu une hernie hiatale ?		
A-t-il un problème rénal ?		
A-t-il un problème thyroïdien ?		
A-t-il un problème neurologique (épilepsie, migraine, parkinson, sclérose en plaque...) ?		
Si oui, précisez : .....		
Respiration :		
Votre enfant est-il asthmatique ?		
Fait-il de l'emphysème ou de la bronchite chronique ?		
Ronfle-t-il la nuit ?		
Fait-il des infections fréquemment : angines, otites, rhinopharyngites ?		
Cœur :		
Votre enfant a-t-il des syncopes ou des pertes de connaissance ?		
Autres problèmes cardiaques ?		
Si oui, précisez : .....		
Votre enfant est-il vite à court de souffle ?		
Coagulation et transfusion :		
Votre enfant saigne-t-il facilement ?		
A-t-il présenté des saignements post-opératoires ?		
Fait-il des saignements qui semblent anormaux ?		
Fait-il facilement des bleus ?		
A-t-il déjà eu des épistaxis (saignement de nez) ayant nécessité un traitement chirurgical ?		
Anesthésie :		
Votre enfant a-t-il déjà été opéré ou eu une sédation pour un examen ?		
Vous ou un membre de la famille avez-vous présenté un problème lors d'une anesthésie ?		
Si oui, précisez : .....		
Question réservée aux parents :		
Fumez-vous à la maison ?		
Autres :		
A-t-il un problème médical qui n'est pas repris dans ce questionnaire ?		
Si oui, précisez : .....		
<b>Remarques :</b>		
1° Le médecin anesthésiste qui s'occupera de votre enfant en salle d'opération peut être différent de celui qui vous a vu en consultation mais il sera en possession du dossier et des examens préopératoires votre enfant.		
2° Les paramètres de son 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 représentant légal de l'enfant		Cachet du médecin traitant

ENFANT - 128- questionnaire de jour chirurgical.indd



# CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ D'ANESTHÉSIE : AUTORISATION D'OPÉRER



ÉTIQUETTE



Document détachable

Je soussigné(e)..... (parent/tuteur légal) de .....  
(nom/ prénom de l'enfant), demeurant à (adresse).....  
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 infor-  
mations relatives à la procédure d'anesthésie y compris les effets secondaires, les risques et les soins de suivi, marque  
expressément mon consentement à l'égard de la réalisation de l'intervention chirurgicale précitée sur mon enfant.

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

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

- ▶ Je le laisserai à jeûn, (ne pas boire, ne pas manger selon les recommandations données par le médecin anesthésiste),
- ▶ Je ne lui donnerai pas d'autres médicaments que ceux prescrits ou autorisés par le médecin anesthésiste selon les recommandations reçues à la consultation d'anesthésie,
- ▶ Si l'intervention est en hospitalisation de jour, l'enfant sera accompagné par une personne responsable et majeure jusqu'au lendemain matin.

Fait le ..... / ..... / .....

Signature du tuteur légal, NOM - PRENOM - Lien de parenté.



# CONSIGNES PRÉOPÉRATOIRES



## SERVICE D'ANESTHÉSIE

- Responsable secrétariat anesthésie : **071/92.33.80**
- Prise de rendez-vous : **071/21.88.11**

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

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 faire d'autres examens (demande d'examen + 2 étiquettes)

OUI  NON

3. Modification du traitement avant la chirurgie :

.....  
.....  
.....

4. La veille de l'intervention ou de l'examen endoscopique sous narcose, il faut :

- ▶ Rester à jeun :

→ lait en poudre à partir de ... heures

→ lait maternel à partir de ... heures

→ liquide clair (eau sucrée, eau grenadine) à partir de ... heures

→ solide à partir de ... heures

- ▶ Prendre un bain ou une douche la veille et avant de vous présenter à l'hôpital.

5. Date de l'intervention : .....

- ▶ Prise de médicaments : .....

.....  
.....

Nous espérons que vous et votre enfant passerez chez nous un agréable séjour 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.



# LA PRÉPARATION À DOMICILE AVANT TON 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 ® et pour les enfants de moins de 3 ans, utilisez de l'Hibiscrub ou du savon liquide neutre.**

Vous devrez réaliser 2 douches avant l'intervention :

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



Scannez le QR code pour plus d'informations en vidéo

**1** Ôter les bijoux, piercings et se démaquiller



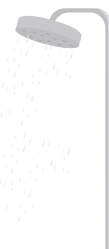
**3** Se brosser les dents. **NE PAS AVALER L'EAU !**



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



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



## Avant l'opération

Ôter l'appareil dentaire, les prothèses 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<sup>er</sup> flacon**  
Réalisez le shampoing, lavez le visage et le cou.



1

**Avec le 2<sup>e</sup> flacon**  
Lavez tout le haut du corps, insistez sur certaines zones : les ongles, les dessous de bras et le nombril.



2

**Avec le 3<sup>e</sup> flacon**  
Lavez les jambes et les pieds, insistez entre les orteils.



3

**Avec le 4<sup>e</sup> 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



★ **Insistez sur ces zones**

# 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 l'hospitalisation de votre enfant, le médecin vous donnera le document «consentement libre et 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](mailto:admissions.mariecurie@humani.be)
- ▶ **Hôpital André Vésale** : [admissions.vesale@humani.be](mailto:admissions.vesale@humani.be)
- ▶ **Centre de Santé des Fagnes** : [accueil.polyclinique@humani.be](mailto: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 mon enfant a, ce qu'il doit 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 :

**Pour le patient mineur, y compris le nouveau-né, le consentement est donné par le(s) parent(s) exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.**

L'accord d'un des deux parents suffit sauf si l'autre parent a expressément indiqué son refus. En effet, la loi stipule que sur présomption de bonne foi, chaque parent agit avec l'accord de l'autre lorsqu'il donne son accord pour la prise en soin de l'enfant.

Pour le patient mineur dont les parents sont divorcés/séparés, la signature des deux parents sera réclamée. Suivant son âge, sa maturité et sa capacité de compréhension, le patient mineur qui est estimé apte, par le médecin, à apprécier raisonnablement ses intérêts peut marquer son consentement de manière autonome.

En cas de désaccord entre les parents ou entre les parents et le patient mineur, c'est le médecin qui prendra les décisions au nom du patient et dans son intérêt à la suite d'un échange multidisciplinaire.



# CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT



**CONCERNE** : Information-autorisation,

ÉTIQUETTE



Document détachable

Je soussigné(e), ..... (parent/tuteur) de .....  
(nom/prénom de l'enfant), né(e) le ...../...../..... et résidant à l'adresse suivante : .....  
....., reconnais avoir reçu du Docteur ....., toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant les troubles ou la maladie dont mon enfant souffre, ainsi que les raisons pour lesquelles une intervention est souhaitable dans son cas. Il m'a aussi expliqué les risques auxquels il est exposé en se 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 mon enfant est affecté mais également à des variations individuelles non 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 prévu 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 :



# LES EXPLICATIONS RELATIVES À LA DECLARATION D'ADMISSION EN HOSPITALISATION DE VOTRE ENFANT



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.



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 choisissez 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<sup>e</sup> lit est réservé pour un accompagnant éventuel.

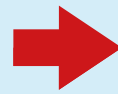
Si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une chambre à deux lits, vous ne paierez **ni supplément de chambre, ni supplément d'honoraires**.

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](mailto:admissions.vesale@humani.be)
- ▶ **Site Marie Curie** : 071/92.04.02 ou [admissions.mariecurie@humani.be](mailto:admissions.mariecurie@humani.be)
- ▶ **Site Chimay** : 060/21.86.96 ou [accueil.polyclinique@humani.be](mailto: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](http://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.

# CONDITIONS GENERALES

## ● SERVICE DES ADMISSIONS

ÉTIQUETTE



### ⇒ 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) :





# TON PASSEPORT CHIRURGICAL

## TES 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



ÉTIQUETTE



# CHECK-LIST : PASSEPORT CHIRURGICAL PÉDIATRIQUE



## 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
- Brochure Guide du patient hospitalisé
- Passeport chirurgical complet



## CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

- Consentement libre et éclairé - Autorisation d'opérer
- Informations concernant le type d'anesthésie
- Questionnaire médical d'anesthésie
- Examens prescrits :
  - Prise de sang
  - Électrocardiogramme
  - Autres : .....

