

# CLINIQUE PARIS-BERCY

## Médecine - chirurgie



 **Oc Santé**

**Mieux vous accueillir,  
mieux vous accompagner**

**Passeport chirurgie**  
Hospitalisation complète  
et Ambulatoire

À rapporter, complété et signé,  
à chacune de vos visites à **la clinique**



# Préparer votre séjour

## → LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

La consultation doit avoir lieu, sauf urgence :

- Au moins **48 heures avant la date d'intervention.**
- **Au minimum 10 jours avant l'intervention si :**
  - Pathologie cardiaque suivie
  - Si anticoagulants (fluidifiants du sang)

**!** Si vous ne respectez pas ces délais, votre intervention pourrait être reportée.

Vous devez **prendre RDV dès votre sortie de consultation avec le médecin** auprès du secrétariat d'anesthésie

- Sur le site **DOCTOLIB**  
[www.doctolib.fr/clinique-privee/charenton-le-pont/clinique-de-bercy](http://www.doctolib.fr/clinique-privee/charenton-le-pont/clinique-de-bercy)
- ou par téléphone au **01 43 96 86 29**

Le RDV a lieu au **2e étage de la clinique**. Vous devez venir avec tous les documents en rapport avec vos maladies :

- Ordonnances de traitements habituels
- Dossiers de cardiologie, pneumologie...
- Résultats d'examens récents



L'anesthésiste que vous rencontrerez lors de votre consultation n'est pas forcément l'anesthésiste qui réalisera votre anesthésie, mais il constituera votre dossier médical qui permettra à tous les médecins anesthésistes de l'équipe de vous endormir.

## → LA PREADMISSION

Après la consultation d'anesthésie, vous devrez effectuer vos formalités de pré-admission à l'accueil de la Clinique. Pensez à vous munir des pièces suivantes :

- **La carte vitale** (ou une attestation d'assuré(e) social à jour)
- **Une pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport et carte de séjour)
- **Prise en charge de votre mutuelle complémentaire** à demander à votre organisme en lui précisant le numéro FINESS 94 0813033 de la Clinique et le code DMT (130 pour l'endoscopie et médecine, 137 pour la chirurgie).

**Contact de la clinique :** fax : 01.43.96.94.42 - email : [accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)

D'autres documents sont nécessaires si vous êtes

- Bénéficiaire CMU ou ACS : attestation CMU ou ACS à jour des droits
- Pensionné de guerre (BÉNÉFICIAIRE DE L'ART. 115) : votre carnet de soins médicaux gratuits.
- Victime d'un accident du travail : le volet 1 du tryptique remis par votre employeur

## → L'ADMISSION

Le jour de votre intervention à la clinique, veillez à venir avec

- **Ce présent livret** dont vous aurez pris connaissance et **signé les pages comportant un rectangle signature**
- Une pièce d'identité + la carte vitale
- Test COVID négatif
- Les ordonnances de vos traitements habituels, vos résultats d'examens récents et tout autre document qui vous aura été remis lors de vos consultations médicales

# Fiche d'hospitalisation

Dr : \_\_\_\_\_ Date de consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## → LE PATIENT

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Homme  Femme Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médecin adresseur (si différent du médecin traitant) : \_\_\_\_\_

## → RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HOSPITALISATION

Motif de l'intervention : \_\_\_\_\_

Nature de l'intervention : \_\_\_\_\_ Côté :  Droit  Gauche

Hospitalisation motivée par une affection longue durée (ALD) :  Oui  Non

AMBULATOIRE  EXTERNE

Date de l'intervention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Convocation à : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

*L'horaire de convocation est susceptible d'être adapté en fonction du programme opératoire. Dans ce cas, vous recevrez un appel ou SMS la veille de votre intervention avec votre horaire définitif de convocation.*

HOSPITALISATION COMPLETE

EN URGENCE

Date d'entrée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Date de l'intervention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sortie prévue le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Dépistage Creutzfeldt Jacob - ESST

→ LE PATIENT EST-IL SUSPECT OU ATTEINT D'ESST

OUI  NON

Le diagnostic d'ESST doit être suspecté sur la présence d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique *neurologique*<sup>1</sup> associé à des troubles *intellectuels*<sup>2</sup> ou *psychiatriques*<sup>3</sup> et après élimination de toute autre cause. Le diagnostic ne peut être confirmé que sur les résultats d'un examen neuropathologie.

Avis du médecin neurologue si patient suspect ou atteint

Dr : \_\_\_\_\_ Date de consultation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

→ L'ACTE INVASIF EST-IL À RISQUE VIS-À-VIS DES ATNC

OUI  NON

Nom du praticien : _____	SIGNATURE
--------------------------	-----------

# Questionnaire à remplir avant la consultation d'anesthésie



Pensez à apporter tout document d'ordre cardiologique récent ainsi que la dernière ordonnance du médecin

Sexe : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été opéré(e) ?  Oui  Non

Si oui, de quoi ?	Quand ?	Sous anesthésie générale	Sous anesthésie locale	Sous péridurale ou rachianesthésie

Avez-vous (ou avez-vous eu) des maladies particulières ?  Non  Oui Si oui, cocher :

- Cardiaque :**  Angine de poitrine  Trouble du rythme  Hypertension artérielle  
 Infarctus  Artérite  Pathologie carotidienne  
 Insuffisance cardiaque
- Pulmonaire :**  Asthme  Embolie pulmonaire  Bronchite chronique  
 Tuberculose
- Maladie veineuse :**  Phlébites  Varices
- Foie :**  Hépatite  Autres
- Rein :**  Insuffisance rénale  Dialyse  Autres
- Digestif :**  Ulcère  Hernie hiatale  Autres
- Neurologique :**  Epilepsie  Maladie de Parkinson  Perte de connaissance  
 Myasthénie  Anxiété ou dépression  AVC  
 Traumatisme crânien  Sclérose en plaques  Autres
- Allergie :**  Médicament > le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_  
 Latex
- Autres affections :**  Diabète  Taux hbA1c : \_\_\_\_\_  
 Insuline  Pas d'insuline  
 Glaucome  Autres :
- Infection COVID :**  Oui, date : .....  Non **Vaccination COVID :**  Oui  Non



**Tabac :**

Non-fumeur     Fumeur     Ancien fumeur

Si **fumeur ou ancien fumeur**, combien de cigarettes/jour ? : \_\_\_\_\_

**Consommation d'alcool :**

Jamais     Régulière     Occasionnelle

**Prothèse :**

Portez-vous une prothèse orthopédique ?     Oui     Non

Portez-vous un pacemaker ou défibrillateur implantable ?     Oui     Non

Portez-vous une prothèse dentaire ?     Oui     Non

Portez-vous des lentilles de contact ?     Oui     Non

**Avez-vous présenté un incident ou un accident d'anesthésie ?**

Non     Oui > Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté une difficulté d'intubation ?     Oui     Non

Avez-vous déjà été transfusé(e) ?     Oui     Non

**Avez-vous peur de l'intervention ?**

Pas du tout     Un peu     Beaucoup     Enormément

Quels sont les médicaments que vous prenez régulièrement ?

Médicament	Posologie	Pourquoi ?



# Informations sur l'anesthésie

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques.

**Nous vous demandons de le lire attentivement** afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique, après avoir éventuellement posé toutes questions que vous jugerez utiles.

## → ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHÉSIE

Pour une meilleure organisation des soins et votre sécurité, les médecins anesthésistes de la clinique travaillent en équipe. Ainsi, le médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie n'est pas obligatoirement celui que vous avez vu en consultation, mais celui-ci aura transmis l'ensemble de votre dossier à son confrère. Par ailleurs, l'équipe d'anesthésie assure la permanence des soins 24H/24 et 7 jours/7 dans l'établissement.

## → QU'EST CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet de réaliser un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie digestive, radiologie...) en supprimant ou atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.
- L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est d'anesthésier les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui descendent de la moelle épinière.

Toute anesthésie, quelle qu'elle soit, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation avec un médecin anesthésiste, plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique à votre arrivée dans l'établissement. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix de la technique d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat d'éventuels examens complémentaires prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

## → LA SURVEILLANCE PENDANT L'ANESTHÉSIE

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée de tout le matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. L'essentiel du matériel d'anesthésie est à usage unique et est ainsi jeté après utilisation. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance (salle de réveil). Vous y recevrez les soins post-opératoires correspondant au type d'intervention réalisée (surveillance de l'absence de saignement, soulagement de la douleur...).

## → LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque de complications. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter sans retard.

## → LES INCONVÉNIENTS ET RISQUES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouveaux médicaments employés.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne pré-opératoire sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles lors de l'intubation. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle est posée la perfusion peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

Des troubles passagers de la mémoire, une sensation de fatigue, une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie. C'est notamment pourquoi il est absolument obligatoire d'être accompagné d'une tierce personne lors de la sortie de l'établissement après une anesthésie ambulatoire. Indépendamment de l'acte d'anesthésie, la position immobile prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions de certains nerfs ou vaisseaux. Cela peut entraîner un engourdissement ou exceptionnellement la paralysie d'un membre. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent en quelques jours ou quelques semaines.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont toujours possibles mais sont extrêmement rares. Pour vous donner un ordre de grandeur, il s'agit d'un cas sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésies.

## → LES INCONVÉNIENTS ET RISQUES DE L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils sont rares, peuvent nécessiter un repos de plusieurs jours ou un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter exceptionnellement de vider la vessie avec une petite sonde. Des douleurs limitées au point de ponction dans le dos sont possibles et durent au maximum quelques jours. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de morphine ou de ses dérivés.

Au cours de l'anesthésie locale en chirurgie ophtalmologique, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie ou une perte des sensations de la zone anesthésiée sont extrêmement rares. Quelques cas sont rapportés, alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année en France.

## → QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé pendant votre opération, le médecin anesthésiste vous en informera.

## → DE FAÇON GÉNÉRALE :

- Jusqu'au jour de votre intervention, vous ne devez prendre aucun médicament autre que votre traitement habituel, sans en avertir au préalable votre chirurgien ou un anesthésiste de la clinique.
- L'intervention et l'anesthésie ne pourront être réalisées si vous êtes souffrant (fièvre, infection, bronchite etc..)

# Consentement pour l'anesthésie

NOM :

PRÉNOM :

Au cours de la consultation d'anesthésie du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ avec le Dr \_\_\_\_\_

- J'ai été informé(e) des bénéfices et des risques de l'anesthésie
- J'ai été informé(e) de la nécessité absolue de rester à jeun durant les 6 heures précédant l'anesthésie
- J'ai pu poser toutes les questions sur l'acte d'anesthésie que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies
- J'accepte les modifications de technique d'anesthésie jugées utiles par le médecin anesthésiste réanimateur qui me prendra en charge le jour de l'intervention chirurgicale
- Je donne mon accord pour la transfusion de sang ou de produits sanguins que mon état de santé pourrait nécessiter en cours d'hospitalisation
- J'ai été informé des honoraires complémentaires de \_\_\_\_\_ euros que je devrai régler pour l'acte d'anesthésie

Date

Signature du patient (ou représentant légal)  
précédée de la mention « lu et approuvé »

*Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.*

*Dr S.Choufane - Dr M. Bellon - Dr F.Guischard-Pierrot - Dr C. Nicles - Dr F. Levy - Dr L. Lefebvre - Dr M. Marchand*

CONSENTEMENT | 7

# Consignes pour l'anesthésie

## → CONSIGNES DE JEÛNE AVANT L'INTERVENTION :

- Dernière prise alimentaire 6 heures avant l'hospitalisation, à partir de : \_\_\_\_\_
- Dernière prise de liquide clair 2 heures avant l'hospitalisation (thé, eau, café).
- Pas de boisson gazeuse, boisson à pulpe, lait.
- Ne pas fumer 6 heures avant l'hospitalisation

## → EN ARRIVANT À LA CLINIQUE :

- Présenter le test COVID-19
- Présenter les examens complémentaires
- Présenter le présent passeport d'hospitalisation

## → APRÈS L'INTERVENTION EN AMBULATOIRE (SORTIE LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION) :

### L'accompagnant :

La présence d'un accompagnant est indispensable, puisqu'il vous est formellement interdit de quitter l'établissement seul. Prévoyez une personne valide et responsable pour vous raccompagner à l'issue de votre intervention/examen.

### Nos recommandations :

Cette liste est non exhaustive, selon avis de votre médecin en rapport avec votre intervention ou examen :

- Ne pas rester seul(e) jusqu'au lendemain matin
- Ne pas conduire, ne pas boire d'alcool pendant les 12 heures qui suivent l'intervention.
- Différer toute décision importante, votre vigilance peut être diminuée.
- N'absorber que les médicaments qui vous ont été prescrits par l'anesthésiste ou le chirurgien.

Je reconnais avoir pris connaissance des consignes qui m'ont été données par le médecin-anesthésiste lors de la consultation.

Fait à Charenton-le-Pont le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient

# Consignes d'hygiène

## → PRÉPARATION À LA MAISON

- Ne pas utiliser de cosmétiques : maquillage, vernis à ongles y compris gels et résines, mains et pieds)
- Se brosser les dents (sans avaler l'eau)
- Retirer ses bijoux (y compris les piercings)

## → DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE

La douche est destinée à éliminer la majorité des microbes naturellement présents sur la peau. Sa bonne réalisation est une mesure nécessaire pour prévenir les infections.

Prendre une douche avec de la bétadine **si prescrite par votre chirurgien**.

Sinon, prendre une douche avec un flacon de **gel douche neuf** la veille et le jour de votre intervention.

### Comment pratiquer la douche :

- Mouiller soigneusement la tête, les cheveux et l'ensemble du corps sous la douche
- Laver tout le corps. Commencer par le haut du corps et terminer par le bas. Insister sur les aisselles, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli inter fessier, les pieds (entre les orteils).
- Rincer abondamment les cheveux, la tête et le corps.
- Faire une seconde application selon l'état cutané
- Rincer abondamment
- Sécher avec une serviette propre et mettre un pyjama propre.

## → DÉPILATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Pour certaines interventions, une dépilation vous a été prescrite par votre chirurgien.

La dépilation doit être faite avant la douche la veille de l'intervention.

Respectez la zone de dépilation indiquée par le chirurgien.

La dépilation peut être faite :

- À la crème dépilatoire (type crème sous douche). Respectez le mode d'emploi de la crème utilisée et effectuez le test de réaction 24 h avant utilisation.
- À la tondeuse.

Elle ne doit pas être faite au rasoir.

## → INFORMATION COVID 19



Porter un masque



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

Malgré toutes ces précautions une éventuelle infection peut toujours se déclarer pendant votre hospitalisation ou après votre retour à domicile.

# Consentement éclairé

Vous avez été informé par votre médecin des modalités du type d'intervention dont vous allez bénéficier. Vous avez reçu des informations précises sur vos problèmes de santé et les raisons qui le conduisent à vous proposer cette intervention.

Vous avez reçu toutes les informations sur les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles, graves mais exceptionnels, de l'intervention proposée, les bénéfices attendus de cette intervention et des différentes alternatives thérapeutiques possibles.

**JE SOUSSIGNÉ(E)** \_\_\_\_\_

- Certifie avoir pris connaissance des informations concernant l'intervention qui sera réalisée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ par le Dr \_\_\_\_\_ et avoir pu poser toutes les questions concernant cette intervention et reçu les réponses satisfaisantes.
- Autorise en toute connaissance de cause, les praticiens de la clinique de Paris-Bercy à pratiquer tous les soins, actes de chirurgie, d'anesthésie, de transfusion et de prélèvements sanguins qu'ils jugeront nécessaires

J'ai disposé d'un délai raisonnable de réflexion et je donne mon accord pour cet acte.

## CAS DU MAJEUR PROTÉGÉ : AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) (nom du représentant légal) \_\_\_\_\_ autorise, en qualité de représentant légal qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée sur \_\_\_\_\_ ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.

**DATE :**

**SIGNATURE :**

Fait à Charenton-le-Pont le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient

# Personne de confiance et directives anticipées

## → DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. » (Cf. article L.1111-6 du code de la santé publique.)

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de votre admission, il vous est demandé de désigner par écrit une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, mais vous pouvez la modifier à tout moment. Il vous sera également demandé le nom d'une personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne peut être ou non la même personne que la personne de confiance.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Souhaite :

- Désigner comme personne de confiance  
 Ne pas désigner une personne de confiance

Mr/Mme : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du patient

## → REMISE DES DIRECTIVES ANTICIPEES

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. » (Cf. article L.1111-11 du code de la santé publique.)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Souhaite vous faire part de mes directives anticipées**  
> une photocopie sera alors jointe à mon dossier médical  
 J'ai déjà rédigé mes directives anticipées. Je les porte à la connaissance de l'équipe paramédicale  
 Je n'ai pas encore rédigé mes directives anticipées. Je souhaite obtenir un formulaire dédié pour les énoncer.
- Ne souhaite pas établir de directives anticipées**

Signature du patient

# Fiche tarifaire / Devis

NOM et Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Date de la préadmission : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## AMBULATOIRE

Je m'engage à régler directement la clinique (remboursement postérieur éventuel par la mutuelle, selon la prise en charge) :

Participation Assuré Social de **24 €**

+

- Le Forfait Box Ambulatoire **50 €**  
 Chambre particulière **95 €**

Signature du patient

## HOSPITALISATION

Je m'engage à payer directement la clinique, déduction faite de la participation mutuelle selon prise en charge :

- Frais de séjour  
Participation Assuré Social de **24 €**  
Forfait journalier **20 € / jour**
- Choix hôtelier facultatif

Je choisis de bénéficier de prestations complémentaires et m'engage à payer directement la clinique, déduction faite de la participation des organismes de tiers payant (mutuelle) :

### Chambres doubles :

- 0 €** pour l'offre Jade

### Chambres particulières :

- 130 €** pour l'offre Agate / jour  
 **160 €** pour l'offre Opale / jour  
 **200 €** pour l'offre Topaze / jour

### Services complémentaires :

- Lit et petit déjeuner accompagnant : **50 € / nuit**  
 Repas accompagnant : **15 € / repas**  
 Location d'une télévision et réseau wifi : **5 € / nuit**

*Je reconnais avoir été invité(e) à déposer dans le coffre de ma chambre les valeurs et objets précieux m'appartenant (alliance, bijoux, argent, ...). Je dégage la clinique de toute responsabilité en cas de perte ou vol si je me suis refusé(e) à cette formalité (Art L.1113-4 du Code de la Santé Publique)*

Signature du patient

## POUR TOUT TYPE D'HOSPITALISATION

Je reconnais avoir pris connaissance des dépassements d'honoraires éventuels dont je réglerai le montant à l'entrée le jour de mon intervention :

Par le chirurgien : \_\_\_\_\_ € | Par l'anesthésiste : \_\_\_\_\_ €

Une facture supplémentaire pourra vous être envoyée en cas d'examens complémentaires demandés par votre praticien.

Signature du patient

## → ANNULATION OU REPORT D'INTERVENTION

En cas d'annulation ou de report d'intervention, **vu au préalable avec votre médecin**, veuillez prévenir la clinique :

- Au **01 43 96 78 03**
- Ou par email **accueil@clinique-bercy.fr**

## CONTACTS

○ **ACCUEIL**  
Tel : **01 43 96 78 00**  
Fax : **01 43 89 94 42**  
○ [accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)

○ **ANESTHÉSIE**  
○ Tel : **01 43 96 86 29**

○ **ADMISSION AMBULATOIRE**  
○ Tel : **01 43 96 78 45**



Principalement implanté en Occitanie, le groupe Oc Santé est également présent dans l'**Est parisien** avec **deux établissements de médecine et de chirurgie** :

- Clinique Paris-Bercy - Charenton-le-Pont (94)
- Clinique Mont-Louis - Paris XI<sup>e</sup> (75)

La clinique Mont-Louis propose une offre de soins médicale et chirurgicale complémentaire aux prises en charge de la clinique Paris-Bercy ainsi qu'un service de médecine gériatrique et un Accueil Traumatologique et Médical (ATM).



#### Clinique Mont-Louis

8-10, rue de la Folie Regnault - 75011 Paris  
[www.clinique-mont-louis.fr](http://www.clinique-mont-louis.fr)



[www.oc-sante.fr](http://www.oc-sante.fr)



#### CLINIQUE PARIS-BERCY

Médecine - Chirurgie

9, quai de Bercy  
94220 Charenton-le-Pont

**01 43 96 78 00**

[accueil@clinique-bercy.fr](mailto:accueil@clinique-bercy.fr)