



BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

NOM :	NOM DE JEUNE FILLE :
PRÉNOM :	Date de Naissance :/...../.....
Gynécologue : Dr	Date du terme :/...../.....
Adresse du domicile :	
Tél :/...../...../...../.....	
Mail :@.....	
 Retrouvez au dos, toutes les informations relatives à vos données personnelles.	
Sécurité Sociale :	
Département de la caisse de sécurité sociale :	
N° de sécurité sociale :	
Mutuelle :	Tél :/...../...../...../.....
N° adhérent :	
Médecin traitant - Nom: Dr	
Adresse :	
Pouvons-nous adresser votre compte-rendu d'hospitalisation à votre médecin traitant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
 Afin d'améliorer votre séjour, autorisez-vous la Clinique à vous envoyer des propositions de service par SMS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VOS FRAIS DE SEJOUR :

Chambre Individuelle, selon disponibilité (télévision et wifi incluses)	Chambre Particulière 230 € / jour	Chambre Confort 460 € / jour	Chambre Premium 650 € / jour
Chambre double	Prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale		OUI – NON
Lit accompagnant	50 € par jour avec petit déjeuner		OUI – NON
Un chèque de caution de 40 euros vous sera demandé pour la remise de la télécommande pour la télévision			

	Dépassement d'Honoraires	QUI REMBOURSE ?
Votre Médecin	A ETABLIR AVEC LE MEDECIN LORS DE LA CONSULTATION	La Mutuelle selon votre contrat
L'Anesthésiste		
Le Pédiatre	2 visites à 120 € chacune	La Mutuelle selon votre contrat

Si votre mutuelle ne prend qu'une partie des frais vous devrez, le jour de votre départ, régler la chambre individuelle. La prise en charge devra nous être faxée au 01 40 54 92 47. Les honoraires de tous les intervenants devront être réglés lors de votre sortie. La clinique n'accepte que la prise en charge couvrant la totalité des frais hôteliers.

**La prise en charge de la mutuelle doit impérativement nous parvenir au plus tard le jour de votre sortie.
Après votre sortie, la prise en charge ne sera plus acceptée. La Clinique n'accepte que les prises en charge à 100%.**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Déclare avoir, préalablement à mon admission :

- été informé(e) des conditions de remboursement des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie
- eu connaissance du montant des suppléments pour la chambre individuelle, lit accompagnant, dépassements d'honoraires des médecins, etc....

Je m'engage à régler directement à l'Etablissement (en l'absence de mutuelle), ces suppléments, voire l'intégralité des frais d'hospitalisation si je ne suis pas pris(e) en charge par un organisme de tiers payant. Une attestation de paiement me sera adressée à mon domicile.

Je déclare être informé(e) de ce que, en cas d'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou des praticiens autorisés à des dépassements d'honoraires conventionnels, je pourrais supporter de ce fait, des suppléments d'honoraires.

Aucune réclamation concernant le règlement pour la clinique ne sera acceptée après la sortie. Veuillez vérifier les montants au moment du règlement.

LES RÈGLEMENTS SE FONT PAR CHÈQUE (1 chèque pour chaque intervenant, prévoir 5 à 6 chèques), ESPECES ou CARTE BLEUE.




Date :

Signature :

BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

*La mesure de votre satisfaction nous permet de construire des scores afin d'améliorer nos pratiques. **Parce que votre avis compte, donnez-le-nous !***

Pour ce faire, nous utilisons différents outils nous permettant de recueillir vos témoignages et impressions :

	<p>Pour mesurer votre satisfaction en participant à notre enquête satisfaction. Vous pourrez ainsi répondre en ligne à notre questionnaire de satisfaction et nous attribuer une notation.</p>
	<p>Pour la participation à une évaluation nationale de la satisfaction des patients dans les établissements de santé français, E-Satis.</p> <p><i>*La HAS est une autorité publique indépendante qui a une vocation scientifique, les résultats sont disponibles sur le site internet https://www.scopesante.fr</i></p>
	<p>Pour évaluer la prise en charge des patientes avant, pendant et après l'accouchement. La Clinique SAINTE THERESE est la première Clinique à Paris intramuros à avoir été labélisée MATERNYS, symbole de la reconnaissance de la mise en œuvre de prises en charge bienveillantes.</p>



Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Plateforme	Durée conservation des données	Contact délégué à la protection des données
Merci Docteur	2 ans	dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com
Haute Autorité de santé	12 semaines	dpo@has-sante.fr
Maternys	10 ans (en lien avec le dossier médical)	formulaire de contact : https:// www.maternys.com/contact/

En nous donnant votre adresse mail, vous consentez à ce que votre adresse mail soit transmise à ces plateformes dans le seul but de mesurer votre satisfaction.

Votre adresse ne sera communiquée à aucun autre tiers.

BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

La clinique Sainte-Thérèse est habilitée à prodiguer des soins de pédiatrie néonatale, au cas où l'état de santé de votre enfant nouveau-né le nécessiterait.

Ceci est rendu possible, dans le cadre d'un accord avec l'Agence Régionale de Santé, grâce à une présence professionnelle adéquate 24h sur 24 et 7 jours sur 7, pour éviter la séparation mère-enfant en cas d'affections sans gravité.

DOCUMENTS NECESSAIRES

- **UNE PIECE D'IDENTITE** (Carte d'identité ou passeport)
- **L'ATTESTATION DE CARTE VITALE** justifiant vos droits à 100 % en maternité.
- **PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE MUTUELLE**
- **L'ATTESTATION COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE** (si vous en êtes bénéficiaire)
- **CARTE DE GROUPE SANGUIN**

RESERVATION :

Pour réserver votre place, **un chèque de caution de 300 euros** vous est demandé au moment de l'inscription.

Jusqu'à 3 mois avant la date prévue de votre accouchement vous pouvez changer d'avis. A partir de 3 mois avant la date prévue de votre accouchement, ce chèque sera encaissé (hormis si vous accouchez ailleurs pour des raisons médicales ; un certificat vous sera alors demandé).

VISITES AUTORISÉES de 14 h à 20 h pour la FAMILLE et les VISITEURS

**CES HORAIRES DOIVENT ETRE RESPECTES POUR LE REPOS ET LA SECURITE DE LA MAMAN ET DU BEBE
POUR EVITER LES RISQUES D'INFECTIONS NOSOCOMIALES, LES FLEURS COUPEES OU EN POT SONT INTERDITES
AU SEIN DE LA CLINIQUE**

- Il est interdit d'apporter ses bagages en salle d'accouchement
- **Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à monter dans les étages excepté la fratrie**
- Par mesure d'hygiène, seule 1 personne est admise en salle d'accouchement
- Une liste des différents ministres du culte est à votre disposition à l'accueil en cas de besoin
- La clinique décline toute responsabilité en cas de vols, de pertes, de détériorations d'objets personnels qui n'auraient pas été remis au coffre au moment de l'admission
- Pour la déclaration à la mairie du 17^{ème} à faire dans les 5 jours, vous devrez vous munir de votre livret de famille (si vous êtes mariés) ou de la pièce d'identité du père et de la mère ainsi que du certificat d'accouchement que vous pourrez récupérer auprès des sages-femmes

NOUS ESPERONS QUE NOTRE ACCUEIL ET NOS COMPETENCES VOUS ASSURERONT UN SEJOUR TRES AGREABLE

Date :

Signature :

CONSENTEMENT A LA CONSERVATION D'UN TITRE D'IDENTITÉ

Conformément au code de sécurité sociale article L. 162-21 alinéa 2, « Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie ».

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé concernant l'identitovigilance : elle définit les règles à appliquer pour limiter les risques liés à l'identification différente d'un même usager dans son parcours de soins.

Il est essentiel, pour la qualité et la sécurité des soins, que vous soyez identifié de la même façon par tous les professionnels qui vous prennent en charge et partagent les informations médicales vous concernant.

S'assurer de votre bonne identité tout au long du séjour pour votre sécurité

Autorisez-vous la clinique à **photocopier** votre titre d'identité pour le conserver dans votre dossier médical ?

OUI |

NON |

Autorisez-vous la clinique à **scanner** votre titre d'identité pour le conserver dans votre dossier patient informatisé ?

OUI |

NON |

EN CAS DE REFUS, NOUS VOUS INFORMONS QUE VOUS AUGMENTEZ LES RISQUES LIÉS AUX POSSIBLES ERREURS D'IDENTIFICATION.

MERCI DE CONSERVER À NOTRE DISPOSITION VOTRE PIÈCE D'IDENTITÉ PENDANT LA DURÉE DE VOTRE SÉJOUR.

Le responsable de traitement est le directeur de l'établissement.

Les destinataires de ces données sont le personnel administratif chargé de votre admission/sortie, le personnel administratif chargé de la facturation, les professionnels de santé chargés de votre prise en charge, des auditeurs internes salariés pour des audits de dossiers patients, et la direction chargée de la gestion des demandes d'accès aux dossiers patients.

La photocopie ou le scan de votre titre d'identité est archivé dans votre dossier médical conservé pour une durée de 20 ans, sauf cas particuliers prévus par l'article R.1112-7 du code de la santé publique.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.groupe@almaviva-sante.com.

Vos données sont stockées avec des mesures de sécurité techniques et organisationnelles adaptées (personnels habilités et soumis à la confidentialité, locaux sécurisés, résilience et sauvegarde du système d'information).

Je soussignée Madame

Fait, le à

Signature :

Je soussignée, Madame :

Certifie,

1. Avoir été informée des tarifs applicables ainsi que des conditions de remboursement des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie (et ma mutuelle complémentaire).
2. Avoir pris connaissance du montant des suppléments pratiqués pour chambre individuelle et avoir opté pour :

**Chambre double
Particulière**

Chambre

230€ / jour

**Chambre
Confort 460€ /
jour**

**Chambre Premium
650€ / jour**

3. Avoir noté qu'un coffre individuel sera mis à ma disposition lors de mon hospitalisation mais que la clinique ne pourra en aucun cas être tenue responsable de la perte ou vol d'objet de valeur ou d'argent qui n'auront pas été déposés dans le coffre.
4. Avoir été informée des tarifs applicables pour mise à disposition d'un lit et/ou de repas pour personne accompagnante pour lesquels une facture particulière me sera éventuellement remise à ma sortie ; ainsi que pour les prestations supplémentaires facturées.
5. Avoir été informée que la clinique n'accepte que les prises en charge mutuelle qui couvrent la totalité des suppléments hôteliers et qu'en cas de prise en charge partielle, je devrais avancer les règlements de ces suppléments hôteliers pour lesquels une facture me sera délivrée pour me permettre d'être ensuite remboursée par ma mutuelle complémentaire.
6. Avoir été informée que la plupart des praticiens (Chirurgien, Anesthésiste, Pédiatre et éventuellement Ostéopathe), qui exercent au sein de la clinique sont autorisés par convention avec les caisses d'assurance maladie à pratiquer des dépassements d'honoraires que je devrais leur régler, par l'intermédiaire du secrétariat de la clinique, lors de ma sortie et pour lesquels une facture me sera remise afin de me faire rembourser par ma mutuelle selon les conditions particulières de mon contrat (les prises en charge des mutuelles pour les dépassements d'honoraires ne sont pas acceptées).

Le montant de ces dépassements doit, conformément à la réglementation en vigueur, vous être communiqué, par écrit, par chacun des praticiens, préalablement à l'admission.

7. Avoir été informée qu'un examen de dépistage des streptocoques, non remboursé par la sécurité sociale, pourra m'être proposé par mon gynécologue-obstétricien.
8. La divulgation de présence :
J'autorise la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour
Je n'autorise pas la divulgation de ma présence au sein de l'établissement pendant la durée de mon séjour

Lu et approuvé

Le :

Signature :

CLINIQUE SAINTE THÉRÈSE
9 rue Gustave Doré 75017 Paris
☎ 01.44.01.00.50 ☎ 01.40.54.92.47

Métro : Wagram – Pereire / Bus 31- 94 / RER C : Pereire

LETTRÉ D'ENGAGEMENT

SOUHAIT D'UNE CHAMBRE INDIVIDUELLE

N° dossier :

Date du terme /d'entrée :

Je soussigné(e),.....

Émet le souhait de bénéficier d'une chambre individuelle lors de mon hospitalisation et m'engage à m'acquitter d'un montant de **euros** par jour passé en chambre individuelle.

Ce souhait sera pris en compte **sous réserve de disponibilité** du service.

Conformément à la réglementation en vigueur, les chambres seules sont facturées par jour y compris le jour de la sortie (Décret n°2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé).

Si malgré votre souhait, tout ou une partie de votre séjour se déroulait en chambre double, seuls les jours effectivement passés en chambre individuelle vous seront facturés.

Compte tenu de l'activité obstétricale, ainsi que les urgences, il est possible qu'à votre arrivée, **vosre demande ne soit pas honorée**, ne manquez pas de rappeler cette demande auprès de la gouvernante du service pendant votre séjour, pour qu'une chambre particulière vous soit attribuée dès sa libération.

Fait à

Le

Signature, précédée de la mention « **lu et approuvé** »

DESIGNATION DE LA (DES) PERSONNE(S) A PREVENIR

Je peux également désigner une ou plusieurs personnes que l'établissement pourra contacter en cas de nécessité.

- ◆ La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif.
- ◆ La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales, sauf si vous en décidez autrement.

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de portable : N° de téléphone :

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L111-6 du Code de la Santé Publique et de la loi du 22 avril 2005 (telle que modifiée en février 2016, janvier 2018), tout patient majeur peut désigner une personne de confiance.

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- ◆ Accompagner la personne hospitalisée dans ses démarches et notamment l'assister, si cette dernière le souhaite, au cours des entretiens médicaux, pour l'aider dans ses décisions.
- ◆ Avoir un rôle consultatif dans le cas où la personne hospitalisée serait **hors d'état d'exprimer** sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne hospitalisée, l'ayant désigné. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Je soussigné(e),

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informée de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à sa désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM : Prénom :

Adresse :

N° de portable : N° de fixe :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un conjoint Un parent Mon médecin traitant

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

Fait à le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Directives anticipées : Il est recommandé de remettre à votre personne de confiance une copie de vos directives anticipées, si vous les avez rédigées. Il s'agit de vos volontés exprimées par écrit sur les traitements que vous souhaitez recevoir ou non (en matière de fin de vie) dans le cas où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rédigé sur papier libre et est modifiable et/ou révocable à tout moment.



CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL SPECIFIQUE A LA CESARIENNE

Votre gynécologue-obstétricien et l'équipe de sages-femmes de la clinique vous prendront en charge dans les meilleures conditions possibles. Si vous avez un projet de naissance spécifique, n'hésitez pas à en faire part à votre gynécologue ou à la sage-femme lors de la constitution de votre dossier à la clinique. Vous discuterez alors des possibilités de réalisation de votre projet au sein de la clinique.

Terme prévu de l'accouchement :

QU'EST-CE QU'UNE CESARIENNE ?

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

COMMENT SE PASSE L'OPERATION ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie). Cependant une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste. L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées.

QUE SE PASSE-T-IL APRES UNE CESARIENNE ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre enfant comme après un accouchement par voie basse. La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. Il est cependant prudent d'attendre un an avant de débiter une nouvelle grossesse. En dehors de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

EXISTE-T-IL DES INCONVENIENTS OU DES RISQUES ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. **Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez, ainsi que vos allergies éventuelles.**

En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure de la vessie, des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en œuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement). Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité, après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Il sera éventuellement poursuivi pendant un certain temps. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une réintervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

INFORMATIONS EN CAS DE CESARIENNE

Ces informations complètent celles apportées oralement par votre gynécologue afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de cette intervention.

EN PRATIQUE

• Avant l'opération :

- Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- Vous serez hospitalisée la veille de la césarienne. Les sages-femmes effectueront un monitoring et une prise de sang ;
- L'équipe vous indiquera le moment à partir duquel il vous faudra être à jeun ;
- Après une prémédication éventuelle, vous serez conduite au bloc opératoire ;
- Un ultime examen obstétrical est en général réalisé avant la mise en place de l'anesthésie ;
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.
- En cas d'anesthésie générale, celle-ci sera débutée au dernier moment après les préparatifs de la césarienne.

• Après l'opération :

- Vous serez surveillée quelques heures en salle de réveil ou en salle d'accouchement avant de retourner dans votre chambre ;
- Il existe plusieurs prises en charge post-opératoires, notamment la réhabilitation précoce. L'anesthésiste vous les exposera lors de la consultation ;
- Un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen ;
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites ;
- La sortie a généralement lieu entre le 4^e et le 7^e jour post-opératoire.

• Après le retour :

- Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire et peut durer jusqu'à 3 semaines ;
- Des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain ;
- Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

Je soussignée

déclare avoir reçu une information spécifique et personnalisée concernant l'accouchement et ses risques associés, sur la possibilité de césarienne, sur le traitement qui sera mis en œuvre, informations que je considère comme loyales, simples, intelligibles et appropriées, me permettant de donner mon consentement éclairé.

Fait le : à :

Signature de la patientz (ou de ses représentants légaux) :

ETIQUETTE PATIENT

INFORMATION ET CONSENTEMENT AU DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL

QU'EST-CE QU'UN DÉCLENCHEMENT ?

Le déclenchement consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail (c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement). Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, on appelle cela un déclenchement "de convenance" ou "de principe" ou encore un "accouchement programmé".

QUAND UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT PEUT-IL ÊTRE ENVISAGÉ ?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé pour une raison médicale ou être envisagé pour des raisons de convenance (sans indication médicale).

Déclenchement pour raison médicale

Si le déclenchement artificiel du travail vous a été proposé pour une raison médicale, liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant, des précisions vous ont été apportées par l'équipe médicale.

Même en dehors du cas d'une grossesse pathologique, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement :

- ❖ **Grossesse prolongée (dépassement de terme)** : Le dépassement de terme peut constituer dans quelques cas un risque pour l'enfant. C'est pour cette raison que, si vous n'avez pas accouché à la date prévue du terme, on vous a proposé une surveillance régulière et éventuellement un déclenchement.
- ❖ **Rupture prématurée de la poche des eaux** : La rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est habituellement proposé après un certain temps d'attente sous antibiotiques déterminé par votre gynécologue.

Déclenchement « programmé » ou « de convenance »

Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » encore appelé « accouchement programmé » peut être envisagé après concertation avec votre médecin. Ce type de déclenchement ne peut être pratiqué qu'en fin de grossesse (à partir de la 39^{ème} semaine, soit environ 8 mois et demi).

Si vous avez demandé un déclenchement de convenance, vous pouvez changer d'avis tant que le déclenchement n'a pas commencé. Il peut arriver que l'équipe médicale ne puisse pas pratiquer le déclenchement parce que toutes les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies.

EN PRATIQUE

- Vous serez admise à la maternité en général le matin même du déclenchement.
- La méthode de déclenchement la plus répandue comporte une perfusion d'ocytocine (*le Syntocinon®*), produit qui provoque des contractions, associée à une rupture artificielle de la poche des eaux. Certaines équipes utilisent d'autres techniques qui vous seront présentées lors de votre rencontre.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser à l'obstétricien ou à l'équipe médicale, toutes les questions que vous souhaitez.

- Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et accepte le déclenchement du travail s'il est nécessaire.
- Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et souhaite un déclenchement de convenance.

Fait le : à :

Signature de la patiente :

ETIQUETTE PATIENT

INFORMATIONS MEDICALES : la prise de médicaments

Pourquoi est-il dangereux de prendre des médicaments sans l'avis du médecin ou de l'équipe soignante ?

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, votre physiologie, notamment le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.

En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou sont même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.

Ainsi, l'utilisation de médicaments autres que ceux prescrits et délivrés par l'établissement est interdite.

Comment pouvez-vous diminuer le risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments ?

- ◆ Pensez à emporter avec vous vos ordonnances et/ou vos médicaments personnels et à les remettre à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (y compris collyre, pommades ...).
- ◆ Vous ne devez pas prendre ou arrêter de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus sans ordonnance.
- ◆ Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites et les heures de prise.
- ◆ N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- ◆ Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

ENGAGEMENT DU PATIENT CONCERNANT SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE AU COURS DE SON HOSPITALISATION

Je soussignée :..... m'engage à ne pas prendre d'autres médicaments que ceux prescrits et délivrés par l'établissement et à remettre aux infirmières les ordonnances et /ou tous mes médicaments concernant mon traitement habituel.

Fait à :....., le

Signature de la patiente (ou de ses représentants légaux) :