

# BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

NOM : .....	NOM DE JEUNE FILLE : .....
PRÉNOM : .....	Date de Naissance : ...../...../.....
Médecin : Dr .....	Date du terme : ...../...../.....
Adresse du domicile : .....	
Tél : ...../...../...../...../.....	
Sécurité Sociale - Nom : .....	
Adresse : .....	
N° de sécurité sociale : .....	
Mutuelle – Nom : ..... 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	
<p style="color: red;">Souhaitez-vous participer à l'enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés (e-SATIS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="color: red;">Si Oui, un questionnaire vous sera envoyé par mail. Merci d'inscrire votre adresse mail.</p>	
Adresse email : .....@.....	

## VOS FRAIS DE SEJOUR :

Chambre Individuelle, selon disponibilité (télévision et wifi incluses)	Chambre Particulière 220 € / nuit	Chambre Confort 450 € / nuit	Chambre Premium 640 € / nuit
Chambre double	Prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale		OUI – NON
Lit accompagnant	50 € par nuit 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 ?
Notre Médecin	A ETABLIR AVEC LE MEDECIN LORS DE LA CONSULTATION	La Mutuelle selon votre contrat
L'Anesthésiste		
Le Pédiatre	2 visites à 100 € 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 particulière. 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 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.**

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

Date :

Signature :

## DOCUMENTS NECESSAIRES

-  **L'ATTESTATION DE CARTE VITALE** justifiant vos droits à 100 % en maternité.
-  **POUR LES PROFESSIONS LIBÉRALES** : vous devrez nous fournir le certificat d'accouchement qui se trouve dans le carnet de maternité.
-  **L'ATTESTATION CMU (si vous en êtes bénéficiaire)**
-  **UNE PIECE D'IDENTITE** (Carte d'identité, passeport ou carte de séjour)

## RESERVATION

Pour réserver votre place, **un chèque de caution de 300 euros** vous est demandé au moment de l'inscription.  
Si finalement vous n'accouchez pas à la clinique (hormis pour des raisons médicales), ce chèque sera encaissé.

## PRISE EN CHARGE MUTUELLE :

Vous devez nous faire parvenir la prise en charge mutuelle pour la date présumée de votre accouchement.

## 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<sup>ème</sup> à faire dans les 48h, 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 :

# BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

Je soussignée, Madame :

Certifie,

1. Avoir été informée des tarifs applicables ainsi que des conditions de remboursements 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 :

<input type="checkbox"/> <b>Chambre double</b>	<input type="checkbox"/> <b>Chambre Particulière</b>	<input type="checkbox"/> <b>Chambre Confort</b>	<input type="checkbox"/> <b>Chambre Premium</b>
	<b>220 €</b>	<b>450 €</b>	<b>640 €</b>

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'assurances 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. 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**

# BULLETIN D'INSCRIPTION MATERNITE

## LETTRE D'ENGAGEMENT

### SOUHAIT D'UNE CHAMBRE PARTICULIERE

N° dossier :

Date du terme /d'entrée :

Je soussigné(e),.....

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

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

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

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 PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L111-6 du Code de la Santé Publique et de la loi du 22 avril 2005, 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 témoigne d'indications qui lui auraient été données par la personne malade, mais ne peut se substituer à elle, c'est à dire consentir ou refuser en ses lieux et place. La personne de confiance n'est pas non plus titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé de la personne hospitalisée et ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier médical.

Je, soussigné, .....

### ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je reconnais avoir été informé 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 MARITAL : .....Prénom : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

Date et lieu de naissance: .....

Adresse: .....

.....

N° de portable: ..... N° de fixe: .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

J'ai été informé 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 :

## 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.

Nom : .....Prénom:.....

Adresse : .....

N° de portable : .....N° de téléphone : .....

**Directives anticipées :** Vous avez la possibilité, si vous êtes majeur, d'établir des directives anticipées précisant les conditions que vous souhaitez voir appliquer à la fin de votre vie dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Ce document peut être rempli sur papier libre et peut être conservé dans votre dossier médical, confié à votre médecin traitant ou à votre personne de confiance.

## 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 césarienne ?

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. Comment se passe l'opération ? L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie). 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 sagefemme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées.

### Que se passe-t-il après une césarienne ?

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 normal. 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 inconvénients ou des risques ?

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

## Information en cas de césarienne

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

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.

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 de vos allergies éventuelles.

## En pratique

### • Avant l'opération :

- une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne ;
- 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 ;
- une sonde urinaire de même que la perfusion intraveineuse sont généralement laissées en place pendant les 24 premières heures post-opératoires et dans de rares cas pour une durée supérieure ;
- 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<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> 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 ;
- il est recommandé d'attendre la fin des saignements pour reprendre une activité sexuelle ;
- 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 du patient (ou de ses représentants légaux) :

ETIQUETTE PATIENT

## CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL SPECIFIQUE AU DECLENCHEMENT 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 (selon les équipes) un déclenchement "de convenance" ou "de principe" ou encore un "accouchement programmé".

Cette technique présente des avantages pour l'organisation des familles (présence du père, garde des enfants, transport sans précipitation à la maternité). Par contre, il n'existe pas à ce jour de bénéfice médical démontré. La décision définitive sera prise par un gynécologue-obstétricien ou par une sage-femme.

### COMMENT SE PASSE UN DÉCLENCHEMENT ?

Les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert). Lorsque ces conditions sont réunies, l'évolution du travail (durée, douleur, anesthésie péridurale, éventualité d'une césarienne, état de l'enfant à la naissance) n'est pas différente de celle d'un accouchement qui se déclenche spontanément.

### EN PRATIQUE

- **Vous serez admise à la maternité en général le matin même du déclenchement.** L'équipe vous indiquera le moment à partir duquel il vous faudra être à jeun. Il est parfois nécessaire de vérifier par téléphone la disponibilité de la salle de travail avant de vous déplacer.
- **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 dans cette situation des prostaglandines par voie vaginale. La technique utilisée vous sera expliquée.

Cette feuille d'information *ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions que vous souhaitez*

**Après avoir pris connaissance de ces informations, nous vous demandons de confirmer que vous souhaitez cet accouchement programmé.**

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, 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 MÉDICAMENTEUSE AU COURS DE SON HOSPITALISATION

Je soussigné(e) :..... 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 du patient (ou de ses représentants légaux) :