

## Préparez votre séjour au sein de la Polyclinique Sainte Thérèse

La Direction, les praticiens et le personnel de la Polyclinique Sainte Thérèse vous souhaitent la bienvenue et vous remercie de votre choix de vous faire soigner dans notre établissement.

### Avant le jour de votre admission pour votre intervention :

1. Après votre consultation avec le chirurgien, veuillez impérativement prendre rendez-vous avec le médecin anesthésiste.

Du lundi au vendredi de 10h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00 au **04 67 80 01 17**

**Veillez-vous munir de(s) bilan(s) médicaux en cours. En l'absence de ces documents, la visite de pré-anesthésie ne pourra avoir lieu.**

2. Après votre consultation avec le médecin anesthésiste, vous devrez établir votre préadmission aux bureaux des entrées à l'accueil central de la Polyclinique.

Du lundi au vendredi de 8h à 18h.

### Les documents suivants vous seront demandés :

- Une pièce d'identité** : carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire nouvelle génération, titre de séjour en cours de validité ou livret de famille pour les patients mineurs,
- Votre **carte vitale**,
- Votre **carte mutuelle**,
- Votre **attestation de CMU ou ACS**,
- Si accident de travail : **feuille d'accident de travail**,
- Si Article 115 : **livret d'ancien combattant**.

**En l'absence de ces justificatifs**, nous serons dans l'obligation de vous facturer la totalité du séjour.

*Les services de soins de la Polyclinique restent à votre disposition pour tous renseignements :*

**Service de chirurgie** 04 67 46 36 60

**Service de maternité/obstétrique** 04 67 46 36 73

**Service ambulatoire** 04 67 46 36 65

**FORMULAIRE DE PREADMISSION**

- ✓ A compléter par le médecin et le patient,
- ✓ A présenter au médecin anesthésiste,
- ✓ Puis à remettre aux bureaux des préadmissions.

**ETIQUETTE PATIENT**
**IDENTITE DU PATIENT**

**NOM d'usage :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**NOM de naissance :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** F  M  **N° de téléphone :** \_\_\_\_\_

**Adresse postale :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Patient sous tutelle :** Oui  Non  **Handicap :** Oui  Non  Préciser : \_\_\_\_\_

**IDENTITE DU CHIRURGIEN**

**NOM du chirurgien :** \_\_\_\_\_ **Date de la consultation :** \_\_\_\_\_

**INTERVENTION**

**Diagnostic et Intervention :** \_\_\_\_\_

**Date entrée :** \_\_\_\_\_ **AMBU**  **HOSPIT**  **EXT**   
(AMBULATOIRE : vous serez contacté par SMS pour votre heure d'arrivée)

**Anesthésie souhaitée :** \_\_\_\_\_

**Matériel nécessaire :** Laser Microscope Prothèse Autre : \_\_\_\_\_

**AT :** Oui Non **ALD :** Oui Non **En lien avec ALD :** Oui Non **Allergie latex :** Oui Non

**Dépassement honoraire :** Chirurgien Anesthésiste **Montant :** \_\_\_\_\_

**A PROGRAMMER**
**Examens**

**Biopsie :**  
sous écho sous stéréotaxie sous IRM

Echographie Ganglion sentinelle IRM Scanner

Radio :

Biologie

**Repérage :**  
sous IRM sous écho sous mammo

**Consultations**

Pré-anesthésie

Cardiologie

Pneumologie

Autre : \_\_\_\_\_

**SORTIE**

**Mode de sortie :** Domicile Maison de repos SSR

Signature du patient :