

Centre du Sommeil - Nouvelle Clinique de Bordeaux Tondu

Pathologies du sommeil et de la vigilance Enfant - Adulte

Docteur Olivier COSTE

HOSPITALISATION POUR POLYSOMNOGRAPHIE

Pour préparer votre hospitalisation, **vous recevrez un mail de la clinique** pour réaliser votre **pré-admission en ligne** (en général quelques jours avant).

Vous trouverez plus bas une version imprimable du dossier de pré-admission pour préparer votre pré-admission en ligne.

Ce dossier peut être imprimé et amené à la clinique si la pré-admission par internet n'a pas été réalisée.

Aucun dossier envoyé par mail ne sera accepté.

Toutes questions relatives à l'hospitalisation et à la facturation de la clinique est à adresser à cette **adresse mail** : accueil@bordeauxtondu.fr, préciser toujours dans l'objet du mail qu'il s'agit d'une hospitalisation pour examen du sommeil.

Pour les enfants il n'est pas besoin de remplir les pages « personne de confiance et directives anticipées ». Vous pouvez amener oreiller, doudou...

L'entrée se fera à l'accueil de la [clinique secteur hospitalisation](#) (pièce d'identité obligatoire)

Amenez vos traitements que vous prendrez comme d'habitude et si vous souhaitez de quoi vous occuper : ordinateur, livre.

Une fois les capteurs mis en place, vous pouvez aller et venir, sortir de la chambre.

Le matin, le petit-déjeuner est à 8h et vous pouvez sortir après s'il n'y a pas de test diurnes prévus. Il est possible de partir plus tôt si vous le précisez aux infirmières en arrivant.

Cordialement



LA VIDEO-POLYSOMNOGRAPHIE

La vidéo-polysomnographie est l'examen le plus complet et de référence qui permet d'étudier la physiologie du sommeil. Le but est d'évaluer la présence de troubles du sommeil et de les quantifier. Cet examen peut être impressionnant mais il est absolument indolore et sans risque.

**Nous ne gérons que la programmation des rendez-vous. Toute question relative au fonctionnement et à la facturation de la clinique est à adresser à cette adresse mail :
Mail : accueil@bordeauxtondu.fr**

Aucun dépassement d'honoraires n'est demandé. Les repas sont compris dans le forfait hospitalier pour les patients.

Pour l'accompagnant (obligatoire pour les enfants), il y a un « forfait accompagnant » pour la chambre et le petit-déjeuner (25€), par contre il peut amener son repas du soir s'il ne souhaite pas prendre le plateau clinique (12€).

Le séjour hospitalisé vaut arrêt de travail. Le parking peut se faire au parking Arena 9€ et 15€ les soirs de concert

LE JOUR DE L'EXAMEN

Il faut vous présenter à l'accueil HOSPITALISATION avec une pièce d'identité, au rez-de-chaussée de la clinique (bâtiment orange sur votre droite en entrant sur le site) avant 17h afin de vérifier votre dossier, avant de monter au 4^e étage.

VEUILLEZ RESPECTER LES CONSIGNES CI-DESSOUS :



Il est contre indiqué de porter du vernis à ongles y compris les capsules et le vernis semi-permanent.



Démaquillez-vous et n'appliquez aucune crème sur votre visage et corps



Retirez tout bijou qui pourrait gêner la pose du matériel : montre, bracelets, chaînes, colliers, boucles d'oreilles, bagues quand cela est possible.



Vos cheveux doivent être secs. Pour les personnes avec une barbe, veuillez la raser dans la mesure du possible. Pensez à apporter votre shampoing dans le cas d'une réalisation de l'examen en hospitalisation.

Dès votre arrivée dans le service, l'équipe médicale vous prend en charge et pratique la pose du matériel. Différents capteurs sont posés sur le crâne, le visage et le corps à l'aide d'une pâte-colle non abrasive, qui se décolle simplement avec de l'eau et du savon.

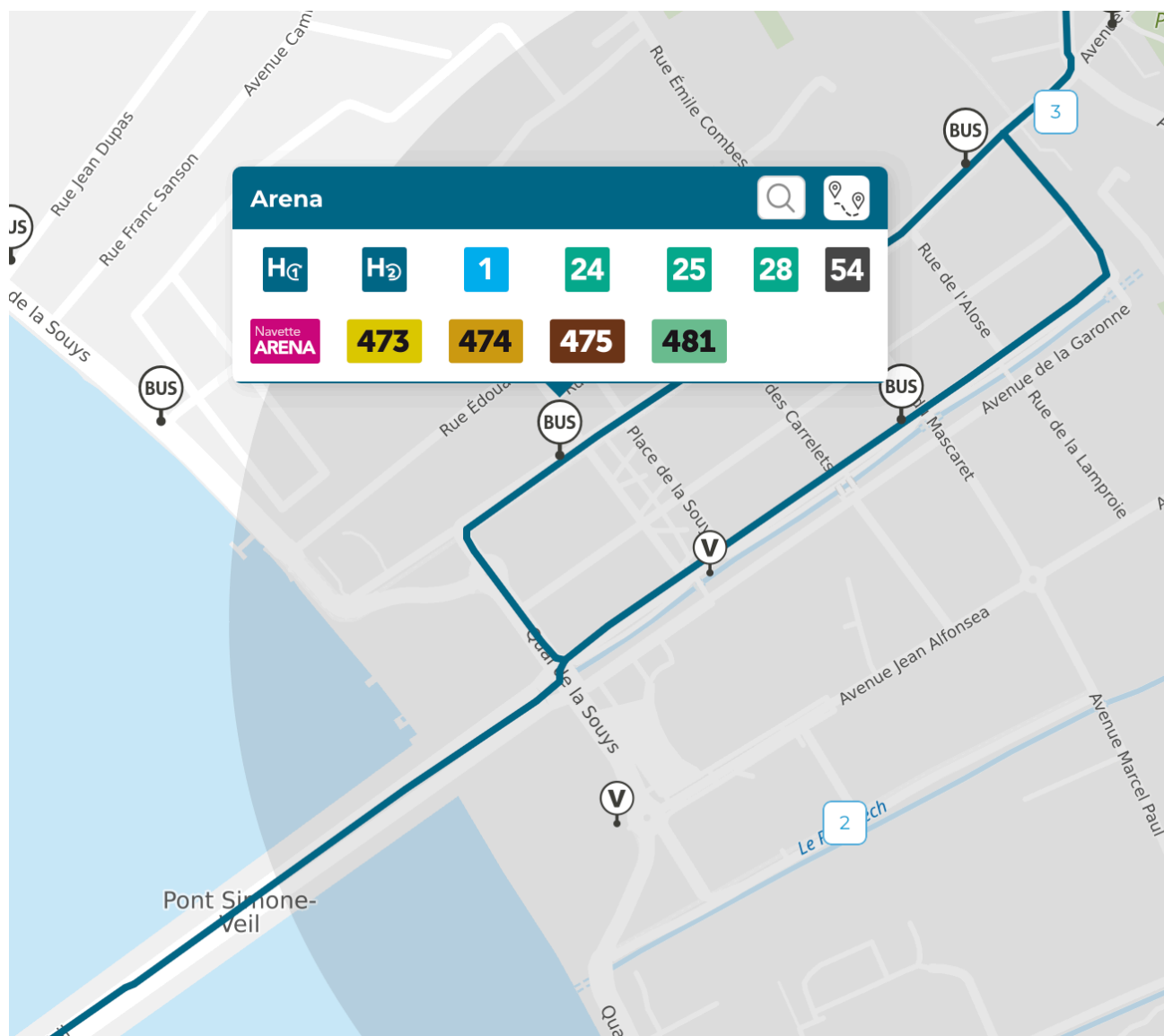
ACCES A LA CLINIQUE

VOITURE

une dépose patient devant les urgences est gratuite à condition de ne pas rester stationné sinon le parking est payant.

TRAM Ligne A arrêt **Stalingrad** puis BUS 25 ou 28

BUS



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Nature du séjour : AMBULATOIRE ☐ FAST TRACK ☐

HOSPITALISATION (Chirurgie ; Médecine ; SMR ; Sommeil) ☒

Nom du chirurgien/médecin : _____

Date d'entrée prévue : ____/____/____

FEUILLET A DOCUMENT OBLIGATOIRE

46 A avenue Jean Alfonséa
CS 20048
33272 FLOIRAC Cedex
☎ 05.56.00.26.26

accueil@bordeauxtondu.fr

FINESS 330781402

Code DMT: 181

IMPORTANT : Ce dossier doit être rempli pour toute admission au sein de l'établissement. Vous avez la possibilité de le compléter à l'accueil de la clinique ou depuis chez-vous via un lien que vous recevrez par e-mail.

Les documents demandés ci-dessous sont obligatoires et doivent être joints au dossier.

PATIENT

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom usuel _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Adresse patient _____ Date de naissance ____/____/____

Code Postal _____ Ville _____ ☎ Fixe _____ ☎ Port _____

Mail @ (du parent si patient mineur) : _____

Nom de caisse de la sécurité sociale _____ N° de Sécurité Sociale _____

☐ ALD ☐ Invalidité ☐ Accident du travail

Nom et adresse Mutuelle _____

Nom et adresse du médecin traitant _____

ASSURE, si différent du patient (conjoint ou parent d'un mineur)

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom usuel _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Adresse de l'assuré _____ Date de naissance ____/____/____

Code Postal _____ Ville _____ ☎ Fixe _____ ☎ Port _____

N° de Sécurité Sociale _____

Nom et adresse Mutuelle _____

La Nouvelle Clinique Bordeaux Tondou collecte des données vous concernant. Les informations portées dans votre dossier patient sont obligatoires, respectent une obligation légale de conservation en vigueur. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de prise en charge médicale, du suivi de l'état de santé, du paiement des soins médicaux aux organismes payeurs. Seules les personnes autorisées sont amenées à collecter que ce qui est nécessaire et à traiter ces données confidentielles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez l'exercer, obtenir la communication des informations vous concernant veuillez adresser votre demande à l'attention du Délégué à la Protection des Données soit par courrier, soit par mail à dpo@bordeauxtondu.fr

☐ J'accepte que ces informations soient transmises dans le cadre de questionnaire de satisfaction et d'indicateurs nationaux.

Fait à : Le : Signature :

DOCUMENTS INDISPENSABLES A JOINDRE A CE DOSSIER :

- ~~1. Le devis signé du chirurgien et de l'anesthésiste~~
- La photocopie recto/verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité)
- Pour les mineurs, la photocopie des pièces d'identité des 2 parents ou du représentant légal de l'enfant, le livret de famille (la page des parents et de l'enfant).
- La Carte Vitale à jour ou la photocopie de l'attestation de la sécurité sociale de l'année en cours
- Photocopie recto verso de la carte de mutuelle
- Si votre hospitalisation est en relation avec un accident du travail, le formulaire de déclaration initiale établi par votre employeur
- La photocopie du jugement attestant l'autorité parentale d'un seul des 2 parents

Dossier des offres de prestations optionnelles de votre séjour

Ces prestations ne sont pas prises en charges par l'Assurance Maladie, retrouvez toutes les informations utiles sur notre site internet www.bordeauxtondu.fr.

Vous souhaitez :

UNE CHAMBRE DOUBLE

☐ OUI ☐ NON

UNE CHAMBRE PARTICULIERE

☐ OUI ☐ NON

En chambre particulière, vous bénéficiez des prestations optionnelles au choix suivant :

Prestations		SEJOUR D'HOSPITALISATION					AMBULATOIRE	
		Chambre particulière			Forfait			
		Standard	Confort	Premium	Forfait Confort	Forfait Bien-Être	Forfait Ambulatoire/ Fast-Track	Chambre particulière
Tranquillité	Chambre particulière*	✓	✓	✓				✓
	Coffre-fort	✓	✓	✓				✓
	Toilettes individuelles	✓	✓	✓				
	Douche individuelle	✓	✓	✓				
Divertissement	TV TNT		✓	✓	✓			✓
	TV grand écran TNT			✓				
	Wifi		✓	✓	✓		✓	✓
Bien-être	Aménagement Premium			✓				
	Serviette/tapis douche			✓		✓		
	Chaussons			✓		✓		
	Trousse bien-être			✓		✓		
	Chevet réfrigéré + boissons			✓				
	Bouilloire			✓				
	Flacon Hydro alcoolique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tarifs**		99 €/jour	109 €/jour	149 €/jour	12 €/jour	15 €/Sem	25 €/jour	60 €/jour
Sélectionnez l'option choisie		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Sous réserve de disponibilités de l'établissement dans le service pour l'attribution de la chambre particulière.

**Les tarifs s'entendent TTC.

SERVICES OPTIONNELS :

☐ Téléphonie 3€ / Jour

☐ Wifi premium : 5 € / Jour

☐ Repas accompagnant : 12 € / repas

☐ Garantie réservation chambre particulière : 5 € / séjour

☐ Forfait accompagnant (nuit + petit déjeuner) : 25 € / nuit

☐ Trousse bien-être : 7 € l'unité

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus

Je déclare être informé (e) :

☞ Qu'un coffre à code est mis à ma disposition pour y déposer tout objet de valeur. La direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol,

☞ Qu'en cas d'irrégularité de mes droits Sécurité Sociale, un chèque de caution d'un montant de 270 € me sera réclamé lors de l'admission,

☞ Que la clinique ne sera pas en mesure de pratiquer le tiers-payant si l'accord de prise en charge de ma complémentaire santé n'a pas été délivré au jour de mon admission. En ambulatoire, la clinique ne pratique pas le tiers payant, ni pour les dépassements d'honoraires en chirurgie.

☞ De l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu ainsi que des tarifs liés à ces prestations.

Je m'engage et consens :

☞ En cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler, à ma sortie de l'établissement l'ensemble des prestations optionnelles que j'ai choisi en connaissance de cause ci-dessus dans les prestations. Je reconnais avoir été informé par la clinique que l'ensemble des prestations optionnelles sollicitées et cochées par mes soins peuvent ne pas être pris en charge, totalement ou partiellement, par un organisme tiers-payeur.

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

AUTORISATION POUR LA POLYSOMNOGRAPHIE POUR LES MINEURS OU MAJEURS PROTEGES

FEUILLET B
DOCUMENT OBLIGATOIRE
LE JOUR DE L'EXAMEN

Etiquette patient

AUTORISATION À L'ACTE MÉDICAL SUR UN MINEUR ou MAJEUR PROTEGE

Identité du patient concerné :

Nom de naissance : _____ Nom : _____
Prénom : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Je soussigné(e), Mme / M (nom-prénom) _____

Déclare avoir été informé(e), par le Dr COSTE ou Dr MARIAUD GALLIAUD du déroulement de l'examen proposé.

JE DÉCLARE : ☐ Exercer en commun avec Mme/M _____ l'autorité parentale sur le mineur susnommé.

Attention il est impératif d'avoir la signature des 2 parents. Sans cette autorisation, votre enfant ne pourra effectuer l'examen.

☐ Être seul investi de l'autorité parentale sur le mineur susnommé (copie de l'extrait de jugement)

☐ Être le tuteur chargé de représenter le patient susnommé dans tous les actes de la vie civile (Copie de la décision de justice).

Fait à : Le :

Signature des titulaires de l'autorité parentale ou tuteur, suivie de la mention « Lu et approuvé »

Le père

La mère

Le tuteur

Le patient majeur

.....

.....

.....

.....

Recherche consentement du mineur de plus de 15 ans et 3 mois :

Je, soussigné(e) Mme/M (nom-prénom) _____
déclare avoir été informé(e) par le Dr _____
du déroulement de l'examen proposé, des risques générés et des complications
pouvant survenir lors de cet acte.

**Signature du mineur suivie de la
mention « Lu et approuvé »**

.....

Document à joindre obligatoirement pour les mineurs ou majeurs protégés :

- Copie de la carte d'identité du mineur si plus de 15 ans et 3 mois
- Copie du livret de famille, copie de la carte d'identité des parents
- Copie de l'extrait de jugement attribuant l'exclusivité de l'autorité parentale ou jugement de placement sous tutelle.

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.



Dans les cas d'urgence reconnu le médecin doit **donner les soins nécessaires** (Art R4127-42 CSP).

CONSENTEMENT OBLIGATOIRE EXAMEN POLYSOMNOGRAPHIQUE



**Surveillance
video
24h/24h**

Dans le cadre de l'examen de polysomnographie réalisé par le Docteur Olivier COSTE ou le Docteur Elodie MARIAUD GALLIAUD, la prise en charge en service du sommeil justifie d'une surveillance médicale, visuelle et continue dans le but de poser un diagnostic ou d'apporter des soins.

Durant cet examen, le patient est filmé et son comportement est observé. Les images et les conversations constituent des enregistrements vidéos et sonores confidentiels à visée uniquement médicale. Les examens se déroulent dans des conditions qui préservent l'intimité de la personne et favorise son bien-être.

Les tracés sont, ensuite, archivés dans le dossier du patient au sein du cabinet médical. Les vidéos sont supprimées lors de la consultation médicale pour la restitution des résultats de l'examen après l'hospitalisation.

Le consentement du patient ou de ses représentants légaux ou de son tuteur est obligatoire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'effacement et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez l'exercer, veuillez adresser votre demande à l'attention du Délégué à la Protection des Données à dpo@bordeauxtondu.fr

PATIENT MAJEUR

☐ Je soussigné (e) autorise d'être filmé (e) pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

PATIENT MINEUR

☐ Je soussigné (s), M....., père et Me.....mère autorisent que mon enfant.....soit filmé pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

PATIENT SOUS TUTELLE

☐ Je soussigné, M....., tuteur de de M./Me.....autorise qu'il/elle soit filmé (e) pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

Floirac, le

Signature patient

Signature représentant légal mère

Signature représentant légal père

Patient sous tutelle. Signature du tuteur

PERSONNE A PREVENIR

A remplir obligatoirement

Nom et prénom :
N° de téléphone :
Lien de parenté :

PERSONNE DE CONFIANCE

A remplir obligatoirement
Réservé aux patients majeurs et capables

En application de la loi n° 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UN DROIT POUR LE PATIENT, PAS UNE OBLIGATION

Je soussigné(e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

☐ **ne souhaite pas désigner de 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 une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation ou sur papier libre.

☐ **souhaite désigner comme personne de confiance :**

(Peut être la même personne que la personne à prévenir)

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Médecin traitant

Autre :

J'ai été informé(e) 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

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à Le/...../.....

Signature de la personne de confiance

LE SAVIEZ-VOUS ?

Etiquette patient

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite datée et signée appelée directives anticipées. Elles précisent ses souhaits concernant sa fin de vie (limitation ou arrêt du traitement en cours, transfert en réanimation si l'état de santé le nécessite, mise sous respiration artificielle, intervention chirurgicale, soulagement des souffrances...). Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés. Les directives anticipées ont une durée illimitée mais peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées et souhaite les communiquer à l'équipe soignante de la Nouvelle Clinique Bordeaux Tondou.
- ☐ Je n'ai pas rédigé de directives anticipées mais souhaite le modèle pour le faire.
- ☐ Je n'ai pas rédigé de directives anticipées.

Fait à Le/...../.....

Signature du patient

RÔLE DE LA PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir est **habilitée à recevoir des informations notamment liées à votre hébergement et est informé en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu.**

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté, sa voix ne l'emportera pas sur la voix de vos autres proches. Elle ne pourra pas recevoir d'informations confidentielles vous concernant.

RÔLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Si vous êtes en état de vous exprimer :

Votre personne de confiance aura pour mission de vous accompagner dans vos démarches clefs, si vous le souhaitez. Elle ne pourra pas avoir accès à des informations vous concernant sans votre consentement.

Si vous êtes un jour hors d'état d'exprimer votre volonté :

Votre personne de confiance sera alors votre porte-parole et sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale. Elle sera notamment interrogée sur vos volontés en matière de mise en œuvre, poursuite ou arrêt de traitements. Elle recevra les informations nécessaires à l'expression de VOS SOUHAITS.

Qui peut être désigné « personne de confiance » ?

Vous pouvez désigner :

- Toute personne majeure, légalement capable, en qui vous avez une entière confiance
- ET qui accepte cette mission que vous lui confiez (**sa signature est indispensable**).

Nous vous invitons à lui communiquer vos souhaits relatifs à la limitation ou l'arrêt de traitement dans une situation de fin de vie proche ET, si vous les avez rédigées, à lui laisser une copie de vos directives anticipées.

Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner la personne de confiance à tout moment de votre vie (à partir de votre majorité).

Vous pouvez changer d'avis, pour cela il suffit de demander un nouveau document de désignation ou l'inscrire sur papier libre (date, signature, coordonnées personnelles).

La désignation vaut pour la durée de l'hospitalisation.