

# LIVRET D'ACCUEIL





# BIENVENUE à la Clinique des Landes GCS du Marsan

---

**Madame, Monsieur,**

La direction, l'ensemble du personnel et de l'équipe médicale vous souhaitent la bienvenue dans notre établissement. Chaque membre de notre équipe est mobilisé pour vous accompagner tout au long de votre séjour et pour vous apporter des soins personnalisés de qualité.

Ce livret d'accueil est destiné à faciliter votre séjour à la Clinique des Landes- GCS du Marsan, vous aider dans vos démarches, répondre à vos questions et vous rappeler vos droits. Vous pouvez également, à tout moment, solliciter nos équipes pour obtenir une information qui vous manquerait.

Toutes vos suggestions concernant l'amélioration de la qualité de nos services sont également les bienvenues.

À cet effet, vous trouverez à la fin de ce livret un questionnaire détachable « évaluation qualitative de votre séjour » que vous pourrez compléter et remettre à l'accueil de la clinique ou nous renvoyer par courrier.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un prompt rétablissement.

**La direction**



# SOMMAIRE

---

■ <b>NOTRE ÉTABLISSEMENT</b> .....	p 5
■ <b>VOTRE PARCOURS DE SOINS</b> .....	p 6
■ <b>FORMALITÉS ADMINISTRATIVES</b> .....	p 7
■ <b>L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE</b> .....	p 8
■ <b>L'UNITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE</b> .....	p 10
■ <b>NOS ENGAGEMENTS</b> .....	p 12
■ <b>DÉMARCHE QUALITÉ</b> .....	p 15
■ <b>LE DOSSIER PATIENT EN ONCOLOGIE</b> .....	p 16
■ <b>LES INSTANCES QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	p 17
■ <b>VOS DROITS</b> .....	p 18
■ <b>CHARTES</b> .....	p 20
■ <b>NOS PARTENAIRES</b> .....	p 21
■ <b>FRAIS DE SÉJOUR</b> .....	p 22
■ <b>INFORMATIONS PRATIQUES</b> .....	p 23
■ <b>ANNEXES</b> .....	p 25

# NOTRE ÉTABLISSEMENT

La Clinique des Landes - GCS du Marsan réalise chaque année près de 8 500 interventions dont plus de 85% en ambulatoire. L'établissement regroupe une quarantaine de praticiens et spécialistes dans des disciplines variées.

## LES SPÉCIALITÉS ET AUTRES CABINETS :

CHIRURGICALES	MÉDICALES	PARAMÉDICALES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bariatric</li><li>• Digestive</li><li>• Esthétique</li><li>• Gynécologie</li><li>• Ophtalmologie</li><li>• ORL</li><li>• Orthopédie</li><li>• Stomatologie</li><li>• Urologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anesthésie</li><li>• Audioprothésie</li><li>• Cardiologie</li><li>• Endoscopie</li><li>• Médecine vasculaire</li><li>• Neurologie</li><li>• Pneumologie</li><li>• Radiologie</li><li>• Soins dentaires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mésothérapie</li><li>• Orthoptie</li><li>• Ostéopathie</li><li>• Psychologue</li><li>• Stomathérapie</li></ul>

## UN PLATEAU TECHNIQUE PERFORMANT :

### Le bloc opératoire



- 6 salles opératoires
- 1 salle d'endoscopie
- 1 salle de surveillance post-interventionnelle
- 1 unité de stérilisation centrale

### Imagerie médicale (partenaire)



- Radiologie conventionnelle et numérique
- Radiologie interventionnelle
- Scanner/IRM
- Échographie
- Écho-Dropoer

**NOS HORAIRES ACCUEIL/STANDARD :**  
Du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00

# VOTRE PARCOURS DE SOINS

Après consultation avec votre chirurgien et avant votre entrée au sein de notre clinique, vous devez effectuer différentes démarches administratives pour préparer au mieux votre séjour.

## 1 - PRÉ-ADMISSION



Suite à votre consultation avec votre chirurgien vous devez réaliser votre préadmission. La préadmission peut être réalisée au niveau de l'accueil de la clinique ou directement en ligne sur notre site internet ou via le QR code.

[www.clinique-deslandes.com](http://www.clinique-deslandes.com)



Scannez moi !

## 2 - CONSULTATION ANESTHÉSIQUE



Lors de la consultation pré anesthésique le médecin vous informera :

- Du type d'anesthésie pratiquée
- Du déroulement de la journée, de l'intervention, des incidents et des complications possibles liés à l'anesthésie
- Des prescriptions préopératoires

## 3 - ADMISSION



L'admission est réalisée au niveau de l'accueil de la clinique, elle permettra d'effectuer les dernières démarches administratives avant votre entrée au sein de nos services. Les secrétaires des admissions vous proposeront un rendez-vous pour finaliser vos démarches administratives.

## 4 - HOSPITALISATION



Vous allez bénéficier d'une hospitalisation en ambulatoire ou une hospitalisation complète ? Toutes les informations relatives à votre séjour sont disponibles dans ce livret.

## 5 - SORTIE



Elle s'organise dès la programmation de votre intervention.

L'infirmière de parcours et en charge du programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est joignable au **05 58 06 67 71** et vous accompagne dans vos démarches.

### SMS de la veille et du lendemain de l'intervention

Votre heure de convocation vous est rappelée la veille de votre intervention. Dans une démarche de qualité et de sécurité des soins vous recevrez un sms le lendemain de votre intervention vous indiquant les démarches à suivre en cas de complications liées à l'intervention.

# FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Le jour de votre hospitalisation, veuillez vous présenter à l'accueil afin d'enregistrer votre présence.

N'oubliez pas de vous munir de :

## PIÈCES À FOURNIR

- Votre carte d'identité ou passeport ou carte de séjour
- Votre carte vitale et votre complémentaire santé
- Votre attestation d'aide Médicale Etat, de CMU
- Les documents demandés lors de la pré-admission et renseignés par vos soins (consentements, fiche de désignation de la personne de confiance...).

**Demander la prise en charge de votre séjour à votre mutuelle (chambre particulière,...).**

## DOCUMENTS SPÉCIFIQUES À VOTRE PRISE EN CHARGE

Vous devez **impérativement compléter les documents énoncés ci-dessous et les apporter le jour de votre intervention**. Ils seront indispensables à la préparation et au bon déroulement de votre hospitalisation

- Désignation de la personne de confiance
- Consentement éclairé - chirurgien et anesthésiste
- Autorisation d'opérer pour les mineurs (signée par les 2 parents ou à défaut le jugement du divorce...)

Ces documents vous seront demandés lors de votre entrée au sein de nos services.

**Vous pouvez si vous le souhaitez rédiger vos directives anticipées et/ou désigner une personne de confiance. Pour ce faire vous devez remplir les documents joints à ce livret , à défaut nous vous remercions de bien vouloir cocher la mention «Ne souhaite pas désigner de personne de confiance».**

**INFORMATION DÉSIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Vous êtes à l'hôpital sans votre famille ?  
Si oui, comment, à quel moment, obligation prévue de confiance

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme

Je souhaite par défaut désigner une personne de confiance  
 Oui  Non (cocher si vous ne souhaitez pas désigner de personne de confiance)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Cela concerne-t-il :  Un membre de la famille  un ami  un voisin  un collègue de travail  
N° : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Si vous ne souhaitez pas désigner de personne de confiance, cochez la mention «Ne souhaite pas désigner de personne de confiance»  
 Oui  Non

Personne hospitalisée : \_\_\_\_\_ Personne de confiance : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

Document communiqué en vertu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative à la sécurité des soins.  
Pour toutes questions ou renseignements, s'il vous plaît, contactez le service de soins à l'adresse suivante : 02.39.38.40.47

**INFORMATION RÉDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre I du titre II du livre I du code de procédure pénale  
et/ou d'un mandat de captivité  
et/ou d'un mandat de comparution  
et/ou d'un mandat de comparution  
et/ou d'un mandat de comparution  
et/ou d'un mandat de comparution

**INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Je souhaite par défaut désigner une personne de confiance  
 Oui  Non (cocher si vous ne souhaitez pas désigner de personne de confiance)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Cela concerne-t-il :  Un membre de la famille  un ami  un voisin  un collègue de travail  
N° : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Si vous ne souhaitez pas désigner de personne de confiance, cochez la mention «Ne souhaite pas désigner de personne de confiance»  
 Oui  Non

Personne hospitalisée : \_\_\_\_\_ Personne de confiance : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

Document communiqué en vertu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative à la sécurité des soins.  
Pour toutes questions ou renseignements, s'il vous plaît, contactez le service de soins à l'adresse suivante : 02.39.38.40.47

# L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

## PRÉSENTATION DE L'UNITÉ ET DE SES MISSIONS

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation dite traditionnelle avec hébergement. Elle permet au patient de regagner son domicile le jour même de son intervention.

Le suivi chirurgical est assuré par le chirurgien qui a pris en charge l'intervention dans les spécialités suivantes :

- Chirurgie gynécologique
- Gastroentérologie
- Chirurgie ophtalmologique
- Chirurgie digestive
- Chirurgie urologique
- Chirurgie esthétique
- Médecine vasculaire
- Chirurgie stomatologique ORL
- Chirurgie orthopédique

## L'UNITÉ SE COMPOSE DE 20 PLACES

- Selon votre motif d'hospitalisation, vous serez accueilli en chambre ou en fauteuil. Une collation vous sera servie après votre intervention.
- Pour votre confort un salon de sortie est à votre disposition.

### ENTRÉE

#### Où se rendre ?

Présentez-vous à l'**accueil de la clinique**.  
Pour les patients convoqués **avant 7h** veuillez vous rendre au **2<sup>ème</sup> étage (Service Hospitalisation)**.

#### Quand ?

Votre heure de convocation vous sera communiquée **la veille de votre intervention par sms**.

### SORTIE

#### Quand ?

Le jour même après accord médical du praticien. Toutefois s'il était constaté des complications une hospitalisation vous sera proposée.

**Attention !** La présence d'un **accompagnant est fortement recommandée** pour rejoindre votre domicile.

**Si vous demandez à sortir contre avis médical, une décharge signée sera exigée.**



**Les mineurs** ne peuvent sortir qu'en présence d'un parent ou d'un tuteur. Une attestation écrite sera exigée en cas d'empêchement. Si vous demandez à sortir contre avis médical, une décharge signée sera exigée.





## UN PARCOURS DE SOIN SPÉCIFIQUE : LE FAST TRACK

La Clinique des Landes - GCS du Marsan propose un **parcours ambulatoire court** pour les **examens d'endoscopie digestive, orthopédie et d'ophtalmologie**.

Ce parcours permet la réalisation d'actes chirurgicaux et d'actes diagnostiques invasifs dans des conditions optimales de sécurité pour les patients, avec une sortie rapide sans douleur et avec une maîtrise des effets secondaires de l'anesthésie, de la chirurgie et/ou de l'examen diagnostique.

**Suite à votre sortie de l'établissement et en cas de problème lié à votre intervention, vous pouvez contacter le**

**05.58.06.67.61**

# L'UNITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Au sein de notre unité d'hospitalisation complète situé au **2<sup>ème</sup> étage** et disposant de **35 lits d'hospitalisation**, vous serez pris en charge par une équipe médico-soignante qui sera à votre écoute tout au long de votre séjour.

## ENTRÉE

### Où se rendre ?

Présentez-vous à **l'accueil de la clinique**  
Pour les patients convoqués **avant 7h** veuillez vous rendre au **2<sup>ème</sup> étage (Service Hospitalisation)**.

### Quand ?

Votre heure de convocation vous sera communiquée **la veille de votre intervention par sms**.

## SORTIE

### Quand ?

Votre date de sortie est fixée par votre chirurgien.

**Si vous demandez à sortir contre avis médical, une décharge signée sera exigée.**



**Les mineurs** ne peuvent sortir qu'en présence d'un parent ou d'un tuteur. Une attestation écrite sera exigée en cas d'empêchement. Si vous demandez à sortir contre avis médical, une décharge signée sera exigée.

## AU SEIN DE NOTRE SERVICE



### Notre service de restauration

Repas fait sur place, adapté aux régimes spécifiques :

- Petit déjeuner à partir de **8h**
- Déjeuner à partir de **12h**
- Dîner à partir de **18h20**

### Informations utiles

Horaires de visite : de **14h à 20h**

Accès WIFI

Chambre individuelle

TV se renseigner à l'accueil.



**Je pense à apporter mes affaires de toilette** (savon, serviette et gant de toilette).



**L'unité d'hospitalisation complète dispose de 4 lits de surveillance rapprochée monitorée.**

### **LA RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE (RAAC)**

La Clinique des Landes - GCS du Marsan propose des protocoles de **Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)** pour certains patients devant bénéficier d'une **chirurgie orthopédique**. Votre prise en charge va alors s'inscrire dans un chemin clinique pluridisciplinaire auquel vous serez associé, pour l'ensemble des trois phases (avant, pendant et après la chirurgie).

Ces programmes ont été mis en place pour permettre au patient :

- La reprise rapide d'une autonomie active et complète après chirurgie
- Une diminution du risque de complications liées à l'hospitalisation.



# NOS ENGAGEMENTS

## La qualité de la prise en charge et la sécurité

### L'IDENTITOVIGILANCE : BIEN VOUS IDENTIFIER POUR BIEN VOUS PRENDRE EN CHARGE

**UNE IDENTITÉ VÉRIFIÉE = UN RISQUE MÉDICAL ÉVITÉ**

Votre dossier administratif est créé dès votre **PREADMISSION** réalisée sur place ou en ligne. **Un bracelet d'identité vous sera apposé le jour de votre admission.**

Votre identité sera recueillie par chacun des professionnels qui vous prendra en charge tout au long de votre parcours de soins. C'est la garantie du bon soin au bon patient.

### LE BON USAGE DU MÉDICAMENT

Les médecins et infirmiers travaillent en collaboration pour garantir la continuité et la sécurité de votre prise de traitement. Les médicaments dont vous aurez besoin pendant votre séjour seront prescrits par les médecins de l'établissement. Si vous suivez un traitement avant votre hospitalisation, signalez-le au personnel infirmier.

Afin d'éviter tout risque d'interaction médicamenteuse, nous vous invitons à :

- Remettre lors de votre admission dans le service votre dernière ordonnance reprenant tous vos traitements en cours
- Signaler tout traitement que vous prenez sans ordonnance
- Remettre à l'infirmier du service vos médicaments dans leur boîte d'origine (pas de pilulier).

Selon avis du médecin et pour des traitements particuliers ou si la pharmacie de l'établissement n'en dispose pas dans des délais compatibles avec votre hospitalisation, vos médicaments personnels pourront être utilisés.

### LA BIENTRAITANCE

Nos professionnels sont engagés dans une démarche de respect des droits du patient, de sa dignité et au respect de la confidentialité des données qui le concernent. Ils veillent à établir une relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs proches.

# PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

---

Notre engagement constant au bénéfice de la qualité et de la sécurité de votre prise en charge s'appuie sur des démarches participatives qui associent l'ensemble des professionnels de santé mais aussi le patient. La communication et la coparticipation sont des facteurs clés de la sécurité des soins qui vous sont dispensés.

Afin de diminuer les risques d'infections et permettre le bon déroulement de votre intervention, il est impératif de respecter les consignes énoncées ci-dessous, leur non-respect pouvant entraîner **l'annulation ou le report de votre intervention**.

## AVANT VOTRE ADMISSION

- Appelez la clinique **pour signaler toute lésion**, et en particulier sur la zone à opérer et/ou toute infection survenant entre la consultation anesthésique et votre entrée
- Ne pas **fumer/vapoter**
- Enlevez **piercing et bijoux** y compris votre **alliance**
- Retirez tout **maquillage** et **vernis à ongles**
- Nettoyez et **coupez vos ongles de pieds et de mains**
- **Brossez-vous les dents**

## SE DÉPILER, SE DOUCHER

Toutes les consignes relatives à la dépilation et la douche préopératoire sont indiquées dans le document de préparation cutanée préopératoire remis par votre spécialiste.

Attention, la douche préopératoire doit être prise au maximum 4 heures avant l'heure de l'intervention (prenez là juste avant de partir de chez vous).



**IL EST INDISPENSABLE DE SIGNALER À VOTRE CHIRURGIEN TOUTE INFECTION QUI SURVIENT DANS LES 30 JOURS APRÈS VOTRE INTERVENTION ET QUI PEUT ÊTRE LIÉE À L'ACTE RÉALISÉ.**



## LUTTE CONTRE LA DOULEUR

**La prise en charge de votre douleur est une priorité**  
**Vous avez mal : surtout parlez-en ! Ne laissez pas la douleur s'installer**

Votre douleur sera prise en charge dès votre arrivée et tout le long de votre séjour. Notre équipe soignante sera à votre écoute pour évaluer et prendre en charge votre douleur de façon personnalisée.

## PARTICIPEZ À L'ÉVALUATION DE VOTRE DOULEUR, C'EST ESSENTIEL

Il est possible d'en mesurer l'intensité : l'évaluation de votre douleur doit être systématique et régulière. Elle sera évaluée à l'aide de différentes échelles comme l'échelle verbale simple (EVS) présentée ci-dessous :

0 — — 1/4 — — — — 2/4 — — — — 3/4 — — — — 4/4



## LE COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Cette instance pluridisciplinaire de la clinique veille à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur en coordonnant les actions de l'ensemble des services et en proposant des orientations adaptées aux situations.

# DÉMARCHE QUALITÉ

L'établissement est engagé dans une dynamique d'amélioration continue de la sécurité de la prise en charge des patients. Pour garantir cette démarche, la direction a adopté une politique qualité et gestion des risques en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

La qualité de l'offre de soins de la Clinique des Landes - GCS du Marsan est mesurée par des indicateurs mis en place par le ministère de la santé.

## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !

N'hésitez pas à remplir le questionnaire « **évaluation qualitative du séjour** » afin de nous permettre d'optimiser nos prestations. La clinique participe à l'enquête nationale d'évaluation de la satisfaction des patients « **e-satis** ».

Vous serez sollicité pour répondre à un questionnaire anonyme en ligne dans lequel vous pourrez indiquer votre point de vue concernant la qualité de votre séjour et de votre prise en charge au sein de notre établissement.

**Nos résultats sont consultables sur le site ScopeSanté.**

Si vous n'étiez pas satisfaits des soins ou des services qui vous sont apportés pendant votre séjour, nous vous invitons, tout d'abord, à en faire part à votre médecin et au responsable qualité.

Si cette première démarche ne vous apporte pas satisfaction, vous pouvez communiquer vos réclamations par écrit au Directeur de l'établissement qui, après enquête, vous informera des suites données à votre courrier.

## LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Conformément à la loi du 4 mars 2002, une commission des usagers a été mise en place dans le but d'assister toute personne qui s'estime victime d'un préjudice. Elle veille au respect de vos droits et contribue à l'amélioration de la qualité de votre prise en charge au sein de l'établissement.

Si vous l'estimez nécessaire, vous avez la possibilité de saisir la Commission des Usagers en adressant un courrier au Directeur d'établissement.

Cette commission a pour mission de veiller au respect des droits des patients, faciliter leurs démarches et contribuer à l'amélioration de la qualité de leur accueil et de leur prise en charge. A cet effet, un médiateur peut être sollicité pour vous accompagner dans cette démarche.

Une liste des représentants titulaires et suppléants sur notre établissement est disponible sur simple demande.

Les représentants des usagers de la clinique sont à votre disposition et joignable à l'adresse mail suivante : [usagers@cliquedeslandes.com](mailto:usagers@cliquedeslandes.com)

## LA CERTIFICATION HAS



La certification est une procédure d'évaluation réalisée tout les 4 ans par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. Les visites sont effectuées par des professionnels qui évaluent l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

**Les comptes rendus sont également disponibles sur le site Scope santé.**



## Au sein de cet établissement vos soignants utilisent K-Process Information sur vos données et vos droits

### Qu'est-ce que le Dossier Communicant K-Process ?



### Qu'est-ce que ma prise en charge dans cet établissement induit pour mes données ?

### Quels sont mes droits ?



Des réponses à vos questions sur :

[mesdroits.onco-nouvelle-aquitaine.fr](https://mesdroits.onco-nouvelle-aquitaine.fr)



Vos données sont conservées durant 20 années après la dernière action vous concernant, sauf cas spécifiques prévus par la loi (3).

Conformément à la réglementation en vigueur, **vos données sont hébergées en France chez un hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel (4) (5)**.

Il s'agit de vos données personnelles et de santé récoltées pour **la coordination, la continuité des soins et la prévention (2)**.

Onco-Nouvelle-Aquitaine est responsable de traitement pour K-Process.

K-Process est un dispositif de Dossier Communicant de la région Nouvelle-Aquitaine, mis en œuvre par Onco-Nouvelle-Aquitaine (association loi 1901 dont cet établissement est membre).

Il s'agit d'un **logiciel** et d'un entrepôt de **données accessibles aux équipes de soins**, et aux équipes du centre de coordination des **dépistages des cancers** reconnu par l'Agence Régionale de Santé afin de faciliter votre prise en charge.

Votre prise en charge au sein de cet établissement est collective.

Ains, **si votre situation clinique l'exige**, les personnels habilités peuvent via un accès sécurisé au logiciel K-Process échanger et partager les informations vous concernant et ce **dans le respect du secret professionnel (2)**.

Cet établissement mène des recherches médicales et des évaluations de la qualité de la prise en charge pour lesquelles vos données de santé à caractère personnel traitées via K-Process peuvent contribuer, sauf opposition de votre part.

**Conformément aux réglementations** en vigueur, vous pouvez exercer vos droits relatifs à vos données traitées au sein de K-Process (droit d'accès, rectification, opposition, effacement, limitation du traitement, portabilité des données).

Pour ce faire, merci de contacter par courrier postal Onco-Nouvelle-Aquitaine en détaillant **la nature de votre demande, en faisant référence à K-Process** et en **joignant la photocopie d'un justificatif d'identité** à l'adresse suivante :

Onco-Nouvelle-Aquitaine  
Protection des données K-Process  
203 route de Gençay  
86280 SAINT-BENOIT

Les équipes dédiées à la protection des données de K-Process vous accompagneront, en cas de besoin, dans vos démarches.

Vous avez le droit de saisir la CNIL pour formuler toute réclamation liée à la gestion de vos données.

### Combien de temps sont conservées mes données au sein de K-Process ?



### Quelles données me concernant sont collectées ?

(1) : Règlement UE 2016/679 du parlement et du conseil européen, Directive UE 2016/680 du parlement et du conseil européen transposés par la loi 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

(2) : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016, Décret 2016-994 du 20 juillet 2016.

(3) : Article R1112-7 du Code de la santé publique.

(4) : HDS : vos données au sein de K-Process sont hébergées par un hébergeur de données agréé ou certifié à l'hébergement de données de santé à caractère personnel (HDS), conformément au décret du 4 janvier 2016. Le nom et les références légales de l'hébergeur HDS sont disponibles sur demande simple auprès d'Onco-Nouvelle-Aquitaine ou directement sur le site <https://dcc-poitou-charentes.fr>

(5) : Article L1111-8 du Code de la santé publique.



# LES INSTANCES QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

---

## **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME)**

Regroupe tous les médecins de la clinique. Veille à l'indépendance professionnelle des praticiens et participe à l'évaluation des soins.

## **COMITÉ DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (CLIAS)**

Organise et coordonne une surveillance des Infections Associées aux Soins (IAS).

## **COMITÉ DU MÉDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES (COMEDIMS)**

Définit la politique du médicament et participe à la lutte contre l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

## **COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)**

Élabore la politique relative à la prise en charge de la douleur pré/post-opératoire.

## **COMITÉ DE RETOUR D'EXPÉRIENCE (CREX) ET REVUE DE MORBI MORTALITÉ (RMM)**

Analyse collectivement les cas marqués par la survenue d'une complication ou d'un évènement qui a ou aurait pu causer un dommage au patient.

## **COMITÉ DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)**

Participe à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients.

## **COMITÉ DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET D'HÉMOVIGILANCE (CSTH)**

Contribue à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés.

# VOS DROITS

---

**Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

## **Personne de confiance**

Vous pouvez désigner par écrit une personne de confiance qui sera consultée dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information nécessaire. Vous pouvez annuler cette désignation ou la modifier à tout moment.

Vous disposez d'un document en fin de livret pour vous aider dans la démarche.

[Art.L.1111-6 du code de la santé publique](#)

## **Directives anticipées**

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente concernant les décisions médicales à prendre lorsque la personne est en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

Vous disposez d'un document en fin de livret pour vous aider dans la démarche.

[Art.R.1111-17 du code de la santé publique](#)

## **Droits d'accès au dossier médical**

Vous avez le droit d'accéder à l'ensemble des informations concernant votre santé.

[Art.L.1111-7 du code de la santé publique, arrêté du 5 mars 2004](#)

## **Éloges, propositions, observations, réclamations, plaintes**

Nous vous invitons à vous adresser préférentiellement à votre médecin ou à l'équipe paramédicale. Vous pouvez également écrire à la direction de la clinique, celle-ci veillera à ce que votre plainte ou réclamation soit instruite selon les modalités du code de la santé publique et fera le lien avec la CDU.

[Art.R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique](#)

## **Informatique et libertés**

Des informations personnelles administratives ou médicales recueillies au cours de votre séjour font l'objet d'un traitement automatisé (informatique) ou non automatisé (papier). Elles sont protégées par le secret médical.

La Clinique des Landes – GCS du Marsan s'engage à garantir la confidentialité des données

[Art.R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique, loi du 6 janvier 1978](#)

## **Vidéo protection**

Nous vous informons que l'établissement est placé sous vidéo protection.

N° de déclaration préfecture : 2019/0184

# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



**L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

# CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ



*L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.*



*Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.*

*On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.*

*Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.*

*On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.*



*Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.*

*L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.*

6



*L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille*

*L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant*

*L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.*

# NOS PARTENAIRES

LA CLINIQUE EST EN RELATION ÉTROITE AVEC DES ASSOCIATIONS AU SERVICE DES PATIENTS



## Maison d'accueil Landaise des familles d'hospitalisés « Les Bruyères »

Accueille, héberge toute personne accompagnant un proche ou un parent hospitalisé en situation de difficultés, détresse morale, physique ou financière. Ce lieu d'accueil peut être également mis à disposition des personnes susceptibles de recevoir des soins lors d'hospitalisation en service ambulatoire, sans pouvoir regagner leur domicile, ainsi que des parents ayant un enfant en pédiatrie ou en néonatalogie.

Tél : 06.07.67.47.20  
38 rue Renée Darriet  
40 000 Mont de Marsan



## La ligue contre le cancer des Landes

La ligue contre le cancer apporte gratuitement son aide pour les soins de support et de bien-être aux patients et aux proches, dans les espaces ligue de Dax, Mont de Marsan ou à domicile.

Espace ligue Mont de Marsan :  
36 rue Martinon  
40 000 Mont de Marsan  
Espace ligue Dax :  
51 avenue Victor Hugo - 40 100 Dax



## 3C des Landes

Le centre de coordination en cancérologie des Landes est une cellule qualité chargée de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un établissement ou d'un territoire de santé. Il est l'interface entre les établissements de santé landais, le réseau de cancérologie d'aquitaine et les pôles régionaux.

Secrétariat de Mont de Marsan :  
Tél : 05.58.05.17.19  
Mail : 3c@ch-mt-marsan.fr

Secrétariat de Dax :  
Tél : 05.58.91.39.09  
Mail : 3c@ch-dax.fr



## Centre Hospitalier Intercommunal Mont de Marsan et du Pays des Sources

CHI MONT-DE-MARSAN  
ET DU PAYS DES SOURCES

Avenue Pierre de Coubertin  
BP 417  
40 024 Mont-de-Marsan Cedex  
Tél : 05.58.05.10.10  
Fax : 05.58.05.10.01

# FRAIS DE SÉJOUR

## FORMALITÉS DE SORTIE

Avant votre sortie, il est indispensable de passer au bureau des admissions pour remplir les formalités de sortie. Vous serez invité à régler les prestations diverses dont vous aurez pu bénéficier (tel, tv...).

## RÈGLEMENT DE MA FACTURE



Par courrier



Via le QR Code



Depuis un moteur de recherche :  
[www.clinique-deslandes.com](http://www.clinique-deslandes.com) puis bouton  
paiement en ligne

Dans tous les cas, vous recevrez en retour un bordereau acquitté qu'il vous faudra **adresser à votre mutuelle**.

## NOS PRESTATIONS HÔTELIÈRES

Diverses prestations sont mises à votre disposition pour vous aider à passer un agréable séjour :

- Chambre individuelle
- Télévision
- Wifi
- **REPAS** et lit **ACCOMPAGNANT POSSIBLE**

Tarifs consultables en fin de livret

## LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

**Une borne de mise à jour de la carte vitale est à votre disposition à l'accueil.**

En constituant votre dossier, le bureau des admissions sera en mesure de vous indiquer le niveau de couverture par le régime d'assurance maladie et les frais qui resteront à votre charge :

Pour bénéficier du tiers-payant avec l'établissement, nous vous recommandons d'**effectuer une prise en charge auprès de votre mutuelle** dès que votre séjour est programmé.

Une réponse favorable de leur part peut vous dispenser de l'avance des frais.

Art L.1111-3 CSP : Information obligatoire sur les frais liés à l'hospitalisation

## FRAIS D'HOSPITALISATION

Les frais de séjour correspondent à l'ensemble des prestations exécutées par l'établissement et sont fixés par le ministère de la santé. Ce sont ces tarifs qui seront facturés à l'organisme de sécurité sociale dont vous dépendez.

Si vous n'êtes pas exonéré, vous devrez vous acquitter

- De la participation forfaitaire pour les actes > à 120 €, ou dès 20 % du ticket modérateur
- Et/ou du forfait hospitalier pour l'hospitalisation complète

(Frais pris en charge par la plupart des complémentaires santé)

Infos [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou 3646 Prix d'un appel local depuis un poste fixe

# INFOS PRATIQUES

## ACCÈS À LA CLINIQUE



### Accès à la clinique par le bus :

Ligne A  
Bus TMA [www.bustma.com](http://www.bustma.com)  
Départ : Centre-ville de Mont de Marsan



Parking gratuit jour et nuit (sécurisé la nuit)



### Accès PMR :

Possibilité d'emprunter un fauteuil roulant à l'accueil  
(en échange d'une pièce d'identité).

## LES INDISPENSABLES AVANT VOTRE ARRIVÉE

- Suivre les consignes données par votre **anesthésiste** et votre **chirurgien**.
- Apporter vos effets personnels et votre nécessaire de toilette. Privilégiez **des vêtements amples** pour faciliter leur manipulation après votre intervention.

Nous vous invitons à ne pas apporter vos objets de valeur (argent, chéquier, bijoux...).

La direction ne pourra être tenue responsable des pertes ou vols d'objets que vous décideriez de conserver avec vous pendant votre séjour.

## RECONNAÎTRE LE PERSONNEL

Chaque professionnel est identifié par un badge vous permettant d'identifier leur prénom, et fonction.

Une équipe d'agents de service hospitalier, d'aide-soignant(e)s, d'infirmier(e)s et de chirurgiens seront à votre écoute tout le long de votre séjour.

## ACCOMPAGNANTS

### Possibilité d'hébergement :

- La maison d'accueil Landaise des Familles d'Hospitalisés « Les Bruyères » (coordonnées p21)
- La clinique est entourée d'hôtels et de restaurants qui pourront répondre aux attentes et besoins des accompagnants.

Il est demandé aux visiteurs de respecter la tranquillité des lieux  
et de ne pas rentrer ou rester dans les chambres pendant les soins









# LA PERSONNE DE CONFIANCE

## QUEL EST SON RÔLE ?

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement.

Elle peut si vous le souhaitez :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle est présente mais ne vous remplace pas ;
- Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité. Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

## QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire. C'est un droit qui vous est offert, mais **ce n'est pas une obligation** : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance. La désignation de la personne de confiance est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est révisable et révocable à tout moment.

## QUI PEUT ÊTRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance **toute personne majeure de votre entourage** en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant.

Pour plus d'informations concernant les missions de la personne de confiance, vous pouvez vous référer à l'article L.1111-6 du code de la santé publique

# DÉSIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE

ÉTIQUETTE  
PATIENT



**Vous allez être hospitalisé(e) dans notre établissement ?**

**Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une personne de confiance. Si vous ne souhaitez pas désigner de personne de confiance, merci de cocher la mention prévue à cet effet.**

Je soussigné(e),

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe :  M  F  I

Adresse : .....

**Ne Souhaite pas désigner de personne de confiance**

**Souhaite désigner comme personne de confiance :**

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Cette personne est :  un membre de la famille  un proche  mon médecin traitant

Tel : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI  NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI  NON

**Personne hospitalisée**

Fait le : .....

A : .....

Signature

**Personne de confiance**

Fait le : .....

A : .....

Signature



# LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

---

## DE QUOI S'AGIT-IL ?

Il s'agit **d'exprimer ses volontés par écrit concernant les décisions médicales à prendre lorsque la personne est en fin de vie**, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

## POUR QUELLES RAISONS LE FAIRE ?

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, la personne peut être dans l'incapacité de s'exprimer. Si elle a rédigé des directives anticipées, **le médecin et les proches sauront quelles sont ses volontés**, même si la personne ne peut plus s'exprimer.

## QUELLE EST LEUR DURÉE DE VALIDITÉ ?

Les directives anticipées **ont une durée illimitée**. Toutefois, elles **peuvent être à tout moment modifiées ou annulées**. Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles. Demandez alors à votre médecin, à l'établissement qui les conservent de supprimer les précédentes.

## QUI PEUT LES RÉDIGER ?

**Toute personne majeure** peut rédiger ses directives anticipées. La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge.

Pour plus d'informations concernant les directives anticipées, vous pouvez vous référer à l'article L.1111-11 à 12, l'article L.1111-17 à 20 du code de la santé publique ainsi que l'arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées.

# RÉDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES

ÉTIQUETTE  
PATIENT



Nom du patient : .....	Prénoms : .....
Date de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Adresse : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
<b>INFORMATIONS OU SOUHAITS QUE JE VEUX EXPRIMER EN DEHORS DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES</b>	
Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées ci-dessous, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certaines informations sur ma situation personnelle, ma famille, mes proches</li><li>• Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (solitude et douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours)</li></ul>	
Je les écris ici : .....	
<b>MES DIRECTIVES ANTICIPÉES</b>	
Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes :	
<b>1 • Maintien artificiel en vie</b>	
J'indique ici si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches (situation de coma en phase terminale d'une maladie par exemple)	
<input type="checkbox"/> J'ACCEPTÉ <input type="checkbox"/> JE REFUSE	
<b>2 • Actes et traitements dont je pourrais faire l'objet</b>	
La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.	
J'indique ici si j'accepte ou si je refuse :	
• Réanimation cardiaque et respiratoire :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Alimentation et hydratation artificielle :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>3 • Sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur</b>	
En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :	
<input type="checkbox"/> J'ACCEPTÉ <input type="checkbox"/> JE REFUSE	
Fait le ...../...../ .....	à ..... Signature

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION : VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

Soucieux de la qualité de votre prise en charge et de votre satisfaction, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

Vous avez été accueilli en service de :

Chirurgie Ambulatoire

Hospitalisation Complète

Avez-vous reçu le livret d'accueil ?

Oui

Non

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de l'Accueil ?

ACCUEIL	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Du délai d'attente avant d'être pris en charge					
De l'accueil au bureau des admissions					
De l'accueil en service d'hospitalisation					

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de l'hôtellerie ?

HOTELLERIE	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
De la propreté et du confort de votre chambre/box					
Du calme de la chambre/box					
De la qualité et de la quantité de repas					
De la propreté du linge mis à votre disposition					

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des soins ?

LES SOINS	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
De la disponibilité du personnel soignant					
Du respect de la confidentialité des informations vous concernant					
Du respect de votre intimité et de votre dignité					
De votre prise en charge au bloc opératoire					
De la prise en charge de votre douleur					
Du suivi médical					
Des actes pratiqués par le personnel soignant et de l'attention portée à votre égard					



## VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE - SUITE

### Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) du niveau des informations reçues ?

LES INFORMATIONS	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Des informations médicales qui vous ont été données sur votre état de santé					
De l'information donnée concernant la personne de confiance et les directives anticipées					
Des explications données pour les traitements et examens pratiqués					

### Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre sortie ?

SORTIE	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
De l'organisation de votre sortie					
Du traitement et précautions à suivre après la sortie					

### Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre séjour en général ?

SATISFACTIONS GÉNÉRALE	Très satisfait	Plutôt-satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Au moment de quitter la clinique, vous êtes globalement :					

### COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de nous avoir consacré ces quelques minutes pour remplir ce questionnaire.  
Ce questionnaire est à déposer dans l'une des boîtes aux lettres disponibles  
dans les étages et à l'accueil.**

Qualité des Soins

VOTRE



AVIS

EST



PRÉCIEUX!!

**e-Satis**

 Votre expérience est utile à tous !

Renseignez votre email à l'admission et répondez à e-Satis, l'enquête nationale de la Haute Autorité de santé.



**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le soutien de  
**France Assos Santé**  
  
La voix des usagers

# Comment répondre à l'enquête ?

Vous donnez votre adresse e-mail\* à l'admission ou à la sortie de l'établissement pour recevoir le questionnaire e-Satis, une fois rentré chez vous.

## Que contient le questionnaire ?

En répondant de façon anonyme au questionnaire e-Satis, vous donnez votre avis sur :

- l'accueil dans l'établissement ;
- votre prise en charge par les professionnels de santé ;
- votre chambre et vos repas ;
- l'organisation de votre retour à domicile.

## Pourquoi votre avis est important ?

- Vous aidez votre hôpital ou votre clinique à connaître ses points forts et ses points à améliorer.
- Vous participez à l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé.
- Vous permettez à chaque personne de s'informer sur le niveau de satisfaction des patients de l'établissement de son choix sur QualiScope.

Une des missions de la HAS est de mesurer et d'améliorer la qualité des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Pour cela, elle met en place différents indicateurs de qualité, dont e-Satis.

Tous les résultats par établissement sont disponibles sur QualiScope, le service d'information en ligne de la HAS, accessible sur [www.has-sante.fr/QualiScope](http://www.has-sante.fr/QualiScope)

Plus d'information sur les missions de la HAS  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)





# Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



# Notes



A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



# PLAN D'ACCÈS



250 rue Frédéric Joliot Curie – 40 280 Saint Pierre du Mont

## CONTACTS

05 58 06 06 12

[www.clinique-deslandes.com](http://www.clinique-deslandes.com)

