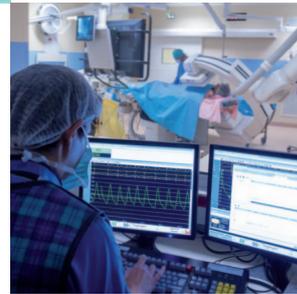


PASSEPORT CARDIOLOGIE AMBULATOIRE



**ARNAULT
TZANCK**
SAINT-LAURENT DU VAR



**INSTITUT
ARNAULT TZANCK**
CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

NOM : _____ Prénom : _____

Veuillez vous présenter le _____ à _____ heures _____

Unité de Cardiologie Ambulatoire

► Tél. 04 92 27 39 41 du lundi au vendredi de 7h30 à 19h30

Hall d'accueil **Entrée A** au rez-de-chaussée

INSTITUT ARNAULT TZANCK

165, avenue Docteur Maurice Donat - 06700 SAINT-LAURENT DU VAR - Tél. 04 92 77 33 33



Apportez-moi à chaque rendez-vous

www.tzanck.org



VOTRE CHEMIN DANS L'UNITÉ DE CARDIOLOGIE AMBULATOIRE

ETAPE 1 Suite à la visite de votre praticien



- En fonction du type d'examen, vous serez contacté par le Secrétariat Médical pour vous fixer un rendez-vous de consultation avec un Anesthésiste.



ETAPE 2 Préparation de votre dossier pour l'intervention et du matériel nécessaire



- Apporter la carte vitale, carte de mutuelle et carte d'identité.
- Apporter les derniers examens de radiologie, scanner, IRM, **les résultats de votre bilan sanguin.**
- Apporter la lettre du cardiologue référent.
- Apporter l'ordonnance de vos traitements personnels.
- Lire et remplir les différents formulaires (personnes de confiance, directives anticipées, consentement éclairé remis lors de votre rendez-vous).
- Préparer le numéro de téléphone de votre accompagnant pour la sortie du service.
- Vous ne devez pas conduire après une anesthésie.
- **Vous devez être accompagné pour la sortie du service et pour la nuit qui suit votre intervention.**



ETAPE 3 Préparation à l'intervention

- Respecter l'arrêt des traitements médicaux prescrit par l'anesthésiste ou le cardiologue.
- Prendre le traitement et/ou la préparation prescrit par le praticien.
- Réaliser la douche préopératoire la veille selon prescription.
- Retirer le vernis aux ongles, ôter les bijoux/lentille de contact/piercing.
- Ne pas prendre d'objet de valeurs.
- Nous vous contacterons avant votre intervention pour vous confirmer l'heure de votre convocation.



ETAPE 4 Pour votre Admission

1. AVANT 8H30, VOUS RENDRE DIRECTEMENT DANS LE SERVICE

- Respecter le jeûne opératoire si prescrit par votre anesthésiste ou cardiologue (*ni boire, ni manger, ni fumer, ni chewing-gum*).
- Réaliser la douche préopératoire selon prescription.
- Si port de lentilles de contact, prévoir le nécessaire pour les enlever avant l'intervention.
- Venir avec des vêtements de rechange en cas d'une nuit de surveillance nécessaire.
- Venir accompagné.

2. À PARTIR DE 8H30, RÉALISER VOTRE ADMISSIION AU BUREAU DES ENTRÉES DE L'ENTRÉE «A»

Dans l'unité : l'équipe soignante vous installe dans un box, réalise l'identitovigilance, vous met un bracelet d'identification.

- L'équipe soignante fait l'entretien d'accueil, fait un ECG, pose une voie veineuse, vérifie l'épilation du site opératoire et récupère votre Passeport Ambulatoire.
- L'équipe de la salle vous prend en charge avec votre cardiologue interventionnel.

2. Retour dans l'unité : une surveillance par l'équipe soignante est réalisée, avec un service de collation, en attendant la validation médicale de sortie.

3. L'infirmière appelle votre accompagnant en fonction de votre heure de sortie signée par votre praticien et/ou anesthésiste. Votre accompagnant vient vous chercher dans le hall d'accueil.



ETAPE 5 Votre Sortie

- Certains documents vous seront remis dans le service.
- Ne pas conduire pendant 12h qui suivent votre sortie.
- Ne pas boire de boissons alcoolisées.
- Etre accompagné pour sortie et la nuit qui suit votre intervention.
- Respecter les consignes post-opératoires prescrites par le praticien et votre anesthésiste.
- **Nous vous contacterons (SMS ou Téléphone) à J+1 de votre intervention pour votre suivi.**



Préparation pré-opératoire à domicile

1 La veille de l'intervention :

- Coupez-vous les ongles
- Enlevez le vernis à ongles (mains et pieds)
- Réalisez une **douche pré-opératoire** avec le produit antiseptique prescrit par le chirurgien (voir schéma ci-dessous) puis mettez des vêtements propres.

La douche est destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau. La bonne réalisation de cette douche est une mesure nécessaire destinée à améliorer la sécurité et la qualité des soins.

- Réalisez la dépilation (avec crème dépilatoire). **Ne rasez pas la zone opératoire.**

Comment pratiquer la douche pré-opératoire



1 Enlever le vernis
Couper et curer les ongles



2 Se mouiller le corps
et les cheveux



3 Appliquer le savon antiseptique
en commençant par les cheveux



4 Faire mousser jusqu'à ce que
la mousse devienne blanche



5 Laver le visage et le cou
en insistant derrière les oreilles



6 Insister sous les aisselles, le nombril,
les plis de l'aîne, les pieds



7 Savonner en dernier la région génitale
puis la région anale



8 Rincer abondamment toujours de haut en
bas. **Renouveler** les opérations de lavage en
respectant le même protocole, puis rincer



9 Se sécher avec une serviette propre,
mettre des vêtements propres

2 Le jour de votre hospitalisation, avant votre départ pour la clinique :

- Brossez-vous les dents même si vous devez être à jeûn. **N'avez pas d'eau.**
(Seulement un peu d'eau lors de la prise des médicaments prescrits par votre médecin)
- Venez sans bijoux, sans maquillage et sans vernis à ongles.
- Selon ce qui vous a été demandé :
 - ✓ Prenez une **douche pré-opératoire** avec le produit antiseptique prescrit par le chirurgien (voir schéma joint) puis mettez des vêtements propres.
 - ✓ **OU** Apportez gant et serviette de toilette **propres** pour prendre la douche dans le service ambulatoire.



- **Si vous respectez ces quelques conseils, vous contribuerez à la qualité des soins qui vous seront prodigués par le personnel soignant.**
- **Si vous avez besoin d'explications ou de renseignements complémentaires, n'hésitez pas à poser vos questions à l'équipe soignante.**



FORMULAIRE PRÉ-ADMISSION CARDIOLOGIE AMBULATOIRE

À RETOURNER AU PLUS TARD 48 HEURES AVANT VOTRE ENTRÉE

A déposer au bureau des entrées avec une photocopie de votre attestation de votre carte vitale, de votre carte de mutuelle et de votre Carte d'Identité Nationale, passeport ou carte de séjour.

Le secrétariat se situe au rez-de-chaussée du bâtiment A du Centre Médico Chirurgical de L'INSTITUT ARNAULT TZANCK, avenue Docteur Maurice Donat – 06700 Saint-Laurent du Var. Du lundi au vendredi de 8h à 17h.

NOM DU CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL DE LA CLINIQUE ARNAULT TZANCK Docteur : _____	DATE D'ENTRÉE
NOM DU MEDECIN TRAITANT* Docteur : _____	

A remplir en totalité (suivant votre situation) de façon lisible.

I. BÉNÉFICIAIRE (Malade) :

Nom** : _____ Prénom* : _____
(Pour les femmes mariées, nom de jeune fille suivi d'épouse X...). *Justificatifs carte d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité.

Date et lieu de naissance* : _____

Adresse complète N°* : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone* : _____ E-mail* : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé au Centre Médico Chirurgical Arnault TZANCK ?* OUI NON

II. ASSURÉ (si celui-ci n'est pas le malade)* : Lien du malade avec l'assuré (mettre une croix dans la case correspondante).

CONJOINT PÈRE MÈRE AUTRES : _____

NOM* : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse complète N°* : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

*Champ obligatoire.



FORMULAIRE PRÉ-ADMISSION AMBULATOIRE

À RETOURNER AU PLUS TARD 48 HEURES AVANT VOTRE ENTRÉE

III. CAISSE D’AFFILIATION *

N° Immatriculation* : _____

Nom de la Caisse : _____

Adresse de la Caisse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Carte Vitale à présenter en cours de validité.

IV. RÉGIME COMPLÉMENTAIRE * (Mutuelle ou Assurance) : OUI NON

Si vous bénéficiez d'un régime complémentaire, compléter les renseignements ci-dessous et joindre la photocopie de votre carte d'adhérent.

Nom de la Mutuelle ou de l'Assurance* : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CMU : OUI NON

ACS : OUI NON

AME : OUI NON

V. S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ? * : OUI NON

*Si oui, fournir la photocopie du volet de soins gratuits ou n° de sinistre**

VI. ÊTES-VOUS TITULAIRE DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES ? (ARTICLE 115 *) : OUI NON

*Si oui, fournir la photocopie du volet de soins gratuits et le volet de diagnostic**

VII. AFFECTIONS MALADIES DE LONGUE DURÉE*

**Vous munir de votre protocole (volet 3) délivré par votre médecin traitant après accord.*

VIII. PERSONNE À PREVENIR POUR VOTRE SORTIE DU SERVICE*

Nom* : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone* : _____

IX. ÊTES-VOUS DONNEUR DE SANG (plus de 10 dons)* : OUI NON

**Champ obligatoire.*



QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE

Site : **Saint-Laurent du Var**
Établissement / Pôle : KT, Chir 4
Fonctions concernées : IDE, AS



Cardiologue correspondant : _____

Poids : _____

Taille : _____

Etiquette patient

ANTÉCÉDENT :

- Dilatation coronaire : OUI NON
- Pontages : OUI NON
- Infarctus : OUI NON
- AVC : OUI NON
(ischémique, hémorragique, AIT)
- Pathologie vasculaire : OUI NON
(stent ou chirurgie)
- Insuffisance rénale : Créat : MDRD :
- Hérédité familiale : OUI NON
- Tabac : ACTIF ANCIEN JAMAIS
- Drogue : OUI NON
(cannabis, cocaïne)
- HTA (hypertension artérielle) : OUI NON
- Diabète : OUI NON
(régime, per-os, insuline)
- Cholestérol : OUI NON
(dyslipidémie, hypercholestérolémie)

MÉDICAMENT :

- Aspirine : OUI NON
- Anti agrégant : Plavix (Clopidogrel) Efient (Prasugrel)
 Brilique (Ticagrélor) Kengréxal (Cangrélor)
- Anticoagulant IV : Héparine Lovenox
- Anticoagulant Per-os : AVK Pradaxa (Dabigatran)
 Eliquis (Apixaban) Xarelto (Rivaroxaban)

Signature du Patient ou de l'Agent



DOCUMENT À REMETTRE AU SOIGNANT LORS DE VOTRE HOSPITALISATION À L'INSTITUT ARNAULT TZANCK

Je désigne une personne de confiance...

Vous pouvez, si vous le souhaitez, être accompagné dans vos démarches médicales d'une **personne de confiance**. La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit (*loi du 4 mars 2002 art.L1111-6 du CSP*).

Elle pourra assister aux entretiens médicaux et vous aider dans vos décisions concernant les actes médicaux. Elle pourra être un interlocuteur privilégié de l'équipe médicale et soignante, si l'évolution de votre état de santé ne vous permettait pas d'exprimer vous-même votre volonté.

Je souhaite désigner une personne de confiance.

J'ai bien noté que ma personne de confiance :

- Pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, leur poursuite, leur limitation ou leur arrêt.
- N'aura pas accès à mon dossier médical car le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance, toutefois en cas de diagnostic grave, elle pourra recevoir les informations nécessaires pour me représenter.

Je, soussigné(e) : _____

Désigne : _____

Je, soussigné(e) : _____

Lien de parenté (parent, ami, médecin) : _____

Téléphone : _____

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

Date : _____ Signature du patient :

Signature de la personne de confiance (*souhaitable*) :

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Date : _____ Signature du patient :

Pour plus d'informations sur la désignation de la personne de confiance, consultez notre site :
<https://saintlaurentduvar.tzanck.org/personne-confiance.html> ou <https://solidarites-sante.gouv.fr>

INSTITUT ARNAULT TZANCK - 231, avenue Docteur Maurice Donat - 06700 SAINT-LAURENT DU VAR - Tél. 04 92 27 33 33 - www.tzanck.org





DOCUMENT À REMETTRE AU SOIGNANT LORS DE VOTRE HOSPITALISATION À L'INSTITUT ARNAULT TZANCK

Je rédige mes directives anticipées...

Vous allez être hospitalisé. En cas d'évènement grave et /ou imprévu, si votre état ne vous permettait pas de vous exprimer, il serait utile de connaître votre avis sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements. Cela permettrait à l'équipe médicale de prendre des décisions qui respecteraient au mieux votre volonté.

La rédaction de directives anticipées n'est pas une obligation mais un droit (loi du 4 mars 2002 art.L1111-11 du CSP). Vous pourrez les annuler ou les modifier à tout moment, elles sont valables pour une durée de trois ans.

Dans le respect de la loi Léonetti, l'équipe médicale s'engage dans tous les cas :

- A soulager les souffrances par tous les moyens disponibles.
- A s'abstenir de toute obstination déraisonnable telle que pratiquer des investigations ou des soins disproportionnés, en regard de la situation.

Je, soussigné (Madame, Monsieur) : _____

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

Date : _____ Signature du patient :

J'ai rédigé mes directives anticipées qui ont été remises à Mme, Mr. _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date : _____ Signature du patient :

Je souhaite rédiger mes directives anticipées ci-dessous :

Un modèle vous est proposé sur le site <http://saintlaurentduvar.tzanck.org/directives-anticipees-2014.html>

Date : _____ Signature du patient :



**DOCUMENT À REMETTRE AU SOIGNANT LORS DE VOTRE HOSPITALISATION
À L'INSTITUT ARNAULT TZANCK**

Autorisation d'intervention chirurgicale Mineur et Majeur protégé

Madame, Monsieur,

Votre enfant doit bénéficier d'une intervention sous anesthésie.

Je, soussigné(e) :

- Père* (Nom / Prénoms) : _____
- Mère* (Noms / Prénoms) : _____
- Tuteur (Nom / Prénoms) : _____

Autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale sur l'enfant :

Nom/s : _____

Prénom/s : _____

Né(e) le : _____

Date de l'intervention : _____

Nom du chirurgien : _____

Fait-le : _____

Signatures des deux parents ou du tuteur légal*

Père

Mère

Tuteur

NOTRE ÉTABLISSEMENT VOUS PROPOSE

Votre espace patient

Pour simplifier vos démarches, notre établissement vous propose un espace patient accessible en ligne et sécurisé afin de vous permettre d'accéder à différents services numériques.

Accessible depuis un mobile, un ordinateur ou une tablette, cette solution vous assure un lien privilégié avec nos équipes soignantes. Si vous le souhaitez, vos proches peuvent également accéder à votre espace.



GAGNEZ DU TEMPS LE JOUR DE VOTRE ARRIVÉE

- ✓ Renseignez l'ensemble des informations demandées en ligne : validez votre identité, désignez votre personne de confiance, précisez votre couverture sociale...



COMPLÉTEZ VOS QUESTIONNAIRES EN LIGNE

- ✓ Complétez vos questionnaires depuis votre espace
- ✓ Les informations sont transmises à l'équipe soignante qui vous recontacte si nécessaire



CONSULTEZ VOS COMPTES RENDUS ET DOCUMENTS

- ✓ Consultez en ligne les documents mis à votre disposition en temps réel : comptes rendus, résultats,...

En cours...



RÉGLEZ VOTRE FACTURE EN LIGNE

- ✓ Plus besoin de vous déplacer, vous pouvez régler votre facture directement depuis votre espace par carte bancaire

COMMENT ÇA MARCHE ?



Vous êtes notifiés par mail ou sms dès qu'un document est disponible ou que des informations sont attendues



Vous vous connectez à votre espace personnalisé et accédez à votre dossier



Vos informations sont directement transmises à nos équipes qui vous recontactent si nécessaire

J'active mon compte

Pour pouvoir accéder à votre espace patient et simplifier vos démarches dès maintenant, il vous suffit simplement d'activer votre compte. Ceci ne vous prendra que quelques secondes !

COMMENT ACTIVER MON COMPTE ?

1

Cliquez sur le lien reçu par mail pour finaliser l'activation du compte



2

Renseignez votre numéro de mobile pour confirmer votre identité



3

Personnalisez votre mot de passe et activez votre compte en vous laissant guider par l'application



Un message vous indique que votre compte a été mis à jour. Cliquez sur "Retour à la connexion".

VOTRE ESPACE PATIENT EST PRÊT !

Pour y accéder, renseignez le lien suivant dans votre navigateur web :

<https://tzanck.mon-portail-patient.net/>



<https://tzanck.mon-portail-patient.net/>

LE SERVICE DE CARDIOLOGIE VOUS PROPOSE
UN FILM PÉDAGOGIQUE
DE VOTRE INTERVENTION

1 - **Flashez** le QR CODE



2 - **Cliquez**
ici



3 - **Renseignez**
les identifiants



4 - **Sélectionnez**
votre film



5 - **Regardez**
le film



Email : **videos-cardio@tzanck.org**

Mot de passe : **Cardio065**

Pour toute question, notre équipe est à votre écoute.



LA SÉCURITÉ DES SOINS EST ASSURÉE



Notre engagement à l'Institut Arnauld Tzanck dans le cadre de la pandémie COVID-19 :

Notre établissement, certifié niveau A par la Haute Autorité de Santé, a défini une politique de qualité sécurité des soins adaptée à la Crise sanitaire liée à l'épidémie de Coronavirus.

L'ensemble des professionnels est spécifiquement formé et applique des mesures barrières renforcées.

Un dépistage ciblé par prélèvement nasopharyngé (test RT-PCR) est proposé en préopératoire sur prescription médicale, si nécessaire.

Nos circuits de prise en charge ont été adaptés afin de limiter le risque de contamination et d'assurer la prise en charge des patients dans les meilleures conditions de sécurité.

Tout patient suspect ou atteint de COVID-19 bénéficie immédiatement de mesures d'isolement et d'une prise en charge médicale appropriée.

Nous demandons à tous nos patients :

- De porter un masque dès l'admission et tout au long du séjour.
- De respecter strictement les mesures barrières renforcées et la distanciation physique et spatiale.
- De ne pas se faire accompagner (sauf pour un patient mineur ou une personne dépendante : dans ce cas 1 seul accompagnant avec port du masque obligatoire).
- D'accepter que les visites soient interdites sauf dérogation.
- De signaler tous symptômes d'infection respiratoire à l'entrée ou au décours de l'hospitalisation.

*Vous soigner,
vous rassurer
reste une priorité pour nous tous.*





INSTITUT ARNAULT TZANCK

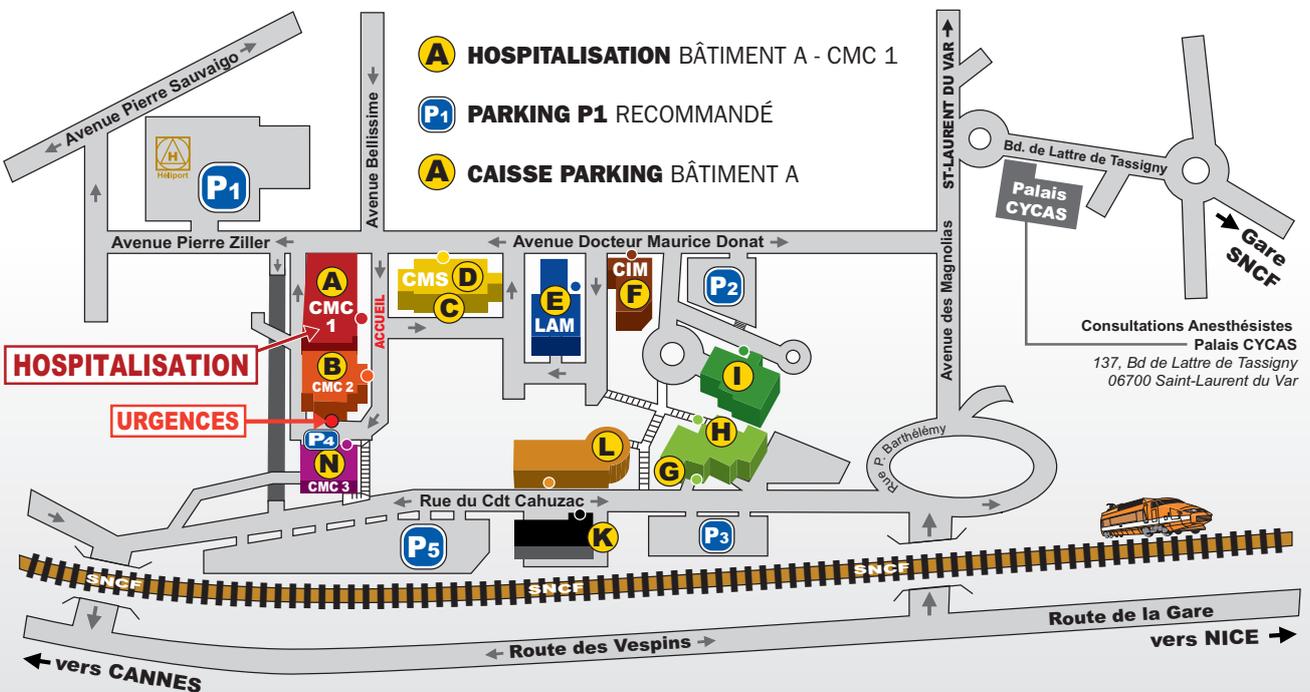
165, avenue Docteur Maurice Donat - 06700 SAINT-LAURENT DU VAR - Tél. 04 92 27 33 33 - www.tzanck.org

SECRETARIATS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr ADJEDJ : 04 92 27 38 10
Dr GAGLIARDI : 04 93 16 65 72

Dr CUENIN : 04 92 27 38 67
Dr MARIOTTINI : 04 92 27 37 27

Dr DURAND : 04 92 27 37 82
Dr MEYER : 04 92 27 38 67



A - CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL 1	B - CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL 2	C/D CENTRE MÉDICO-SOCIAL	E - ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG	F - CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
G/H - CENTRE DE CONSULTATIONS 1	I - CENTRE DE CONSULTATIONS 2	K - CENTRE TECHNO-ADMINISTRATIF	L - CENTRE ADMINISTRATIF ET SOCIAL	N - CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL 3
P1 - VISITEURS	P2 - VISITEURS	P3 - VISITEURS	P4 - VISITEURS	