

# Fiche de préadmission d'hospitalisation

(adulte et enfant)



Hospices Civils de Lyon

ETIQUETTE DE CONSULTATION

en cours de validité

**Pour préparer votre dossier d'hospitalisation et éviter un nouveau passage au Bureau des Admissions.**

Ce document est à compléter :

- **sur place** AU SERVICE DE CONSULTATIONS

OU

- **à retourner par fax, par mail ou par courrier postal** AU BUREAU DES ADMISSIONS de l'hôpital où vous êtes attendu (*Hôpital Henry Gabrielle, Hôpital des Charpennes, Hôpital Antoine Charial, Hôpital Pierre Garraud, Hôpital Dr F. Dugoujon et IHOPe*)

## Cadre réservé au service de consultations

Si Accident du travail : indiquer la date \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Hospitalisation en lien avec la maladie prise en charge à 100% : oui  non

L'hôpital se charge de faire une demande de prise en charge auprès de votre mutuelle concernant votre hospitalisation.

Date prévisionnelle d'hospitalisation : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Heure prévisionnelle : .....

Service d'hospitalisation : .....

Nom du Médecin : ..... N° Unité d'Hospitalisation (UF) : .....

Ces informations sont portées sur le document intitulé « **Rendez-vous d'hospitalisation** »

⇒ **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HOSPITALISEE** Date de naissance : .....

NOM : .....

NOM DE NAISSANCE (nom de jeune fille) : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Adresse e-mail : .....

Acceptez-vous de recevoir de la part des HCL des SMS concernant les formalités administratives en lien avec votre séjour : OUI  NON

**Situation de famille :** Célibataire  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vivant maritalement   
Marié(e)  Divorcé(e)  Autre

**Joignez une photocopie de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport, livret de famille (pour les enfants mineurs hospitalisés) si cette pièce n'a pas été présentée lors d'une précédente consultation.**



⇒ **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A PREVENIR** (pour la pédiatrie : noter le nom des 2 parents)

1) Lien de parenté : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

2) Lien de parenté : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

**IMPORTANT POUR LES ENFANTS MINEURS HOSPITALISES :**

La **fiche jaune « autorisation de sortie »** est à compléter, à signer et à remettre au secrétariat en même temps que ce document ou à déposer au Bureau des Admissions le jour de l'hospitalisation (**copie du livret de famille**).

⇒ **IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR** (pour les personnes en activité ou les mineurs en formation)  
**OU ORGANISME VERSANT DES PRESTATIONS** (pour les personnes retraitées)

NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ORGANISME : .....

Adresse .....

..... Tél : .....

**CONDITIONS DE SEJOUR**

⇒ **HOSPITALISATION en :**    secteur public     secteur privé (\*)

(\*) Dans ce cas, signez et renvoyez le formulaire d'information sur les modalités de règlement en secteur privé remis par le secrétariat médical

⇒ **CONFIDENTIALITE**

Souhaitez-vous autoriser les visites et pouvoir être joint(e) dans votre chambre par l'extérieur ?    OUI     NON (\*\*)

(\*\*) Si vous faites le choix de confidentialité, votre nom ne figurera pas parmi la liste des patients présents à l'hôpital et votre présence ne sera pas divulguée aux personnes extérieures à l'hôpital.

⇒ **DEMANDE DE CHAMBRE PARTICULIERE**    Tarif par jour : ..... €

Souhaitez-vous, dans la mesure des disponibilités, séjourner en chambre seule ?    OUI     NON

Si oui, merci de bien vérifier les conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle (tarif et durée d'hospitalisation couverte). **A votre sortie, vous aurez à régler les frais non pris en charge.**

Pour connaître les différentes prestations offertes par notre conciergerie, vous pouvez contacter **Happytal** (coordonnées figurant sur le document intitulé « rendez-vous d'hospitalisation »).

⇒ **MODALITES DE DEPOT D'OBJETS DE VALEUR :**

Ne pas conserver d'objets de valeur pendant la durée de votre hospitalisation. Si toutefois, vous étiez contraint de conserver avec vous des objets nécessaires à votre séjour, nous vous préconisons de les déposer au bureau des admissions ou au sein de votre service si celui-ci dispose de coffre à votre intention.

Lyon, le .....

Signature du **patient** ou de son représentant légal