

# CHECK-LIST AMBULATOIRE

**Il est essentiel de ramener le livret d'accueil à chaque venue dans notre établissement.**

## DOCUMENT A APPORTER A LA CLINIQUE

*A compléter par  
la secrétaire*

- |                                     |  |                          |
|-------------------------------------|--|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Carte d'identité ou passeport (livret de famille à défaut pour les mineurs)                | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Carte vitale   | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Carte de mutuelle  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Carnet de santé (pour les patients mineurs)  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Autorisation d'opérer un patient mineur <u>signée obligatoirement par les deux parents</u> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Autorisation d'opérer si patient sous tutelle  | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Consentement libre et éclairé à une intervention chirurgicale                              | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Information sur les dépassements d'honoraires du chirurgien                                | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Information médicale sur l'anesthésie  | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formulaire de désignation de la personne de confiance (cosigné par celle-ci)               | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Consentement à la collecte des données personnelles  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Fiche AFU  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Fiche ASSPRO Scientifique  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Devis  | <input type="checkbox"/> |

*A compléter  
par le patient*

## MATERIEL A APPORTER A LA CLINIQUE

*A compléter par  
la secrétaire*

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Attelle                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bande de contention      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ceinture de contention   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Chaussette de contention | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Chaussures de marche     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autre : .....            | <input type="checkbox"/> |

*A compléter  
par le patient*

## RESULTATS D'EXAMENS A APPORTER A LA CLINIQUE

*A compléter par  
la secrétaire*

- |                          |                                     |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Biologie (bilan sanguin)            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ECBU                                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Echodoppler                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Echographie                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Electrocardiogramme (ECG)           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Electromyogramme (EMG)              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | IRM                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Panoramique (consultation dentaire) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Radiologie                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Scanner                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autre : .....                       | <input type="checkbox"/> |

*A compléter  
par le patient*

**Veillez appliquer attentivement les consignes énumérées dans le livret d'accueil et apporter les documents listés ci-dessus, complétés et signés, faute de quoi, votre intervention serait susceptible d'être annulée.**