

## HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

agissant pour mon propre compte ou à titre de responsable parental ou de tuteur de : ..... devant bénéficier le ...../...../..... d'un acte opératoire dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire, **certifie avoir été informé(e) des obligations** que je dois suivre dans le cadre de cette hospitalisation et confirme par cette déclaration que :

- Le patient **ne conduira pas** de véhicule jusqu'au lendemain matin ;
- Il n'existe **pas plus d'une heure de durée de transport** entre le domicile où va résider l'opéré et la plus proche structure de soins ;
- Il existe à ce domicile **un accès au réseau téléphonique** ;
- **Un adulte** valide et responsable **restera en permanence auprès du patient jusqu'au lendemain** de l'intervention de façon à pouvoir alerter les secours en cas de besoin ;
- Les consignes générales de **jeûne** (ne pas boire, ne pas manger et ne pas fumer : cf. [www.nctplus.com/documentation](http://www.nctplus.com/documentation)), de **prise de vos médicaments** et les conditions de **préparation cutanée** éventuelles pour l'intervention seront respectées.

**Je m'engage à respecter ces consignes pour ma sécurité ou celle du patient dont j'ai la charge.**

Le .....

Signature précédée de la mention

« Lu et Approuvé »

### MODE D'UTILISATION :

Ce document est non dissociable du dossier bleu. Il doit être signé lors de la consultation avec l'opérateur, signature sans laquelle la pré-admission ne peut être faite.

Une deuxième vérification est faite par l'infirmière lors de l'hospitalisation (si le document n'est pas remis signé, elle prévient le médecin référent).