



SERVICES DES URGENCES

CENTRE HOSPITALIER DES ESCARTONS DE BRIANÇON





• • • •
• • • •

Le service des urgences de Briançon comprend :

- Un service d'accueil ouvert 7J/7 et 24H/24
- Une unité de 3 lits d'UHCD
- Une équipe de SMUR
- Une équipe médicale de Haute montagne intervenant en collaboration avec le PGHM et les CRS
- Une antenne CESU
- Une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- **Nombre de passage en 2023 : 21499 patients**

ACCUEIL ADMINISTRATIF

- Carte vitale
- Pièce d'identité
- Coordonnées personne de confiance
- Nom Médecin traitant
- Votre dossier administratif complété (mail, adresse, n° tel)



Si document manquant, les envoyer à l'adresse mail suivante : securg@ch-briancon.fr

PRISE EN CHARGE PAR L'INFIRMIÈRE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (IAO)

Le délai de prise en charge de l'infirmière d'orientation et d'accueil est entre 5 à 30 minutes.

Elle évaluera votre état de santé et décidera du lieu de soin adapté avec une prise en charge immédiate ou différée selon la gravité de votre état.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

- Evaluation clinique
- Prescriptions d'examens et soins : biologie, imagerie, avis spécialiste
- Orientation / diagnostic

Examens complémentaires

En cas d'examens biologiques, le délai moyen correspondant à l'analyse des prélèvements est de 2 heures.

En cas d'examens d'imagerie (radiographie, scanner, IRM...) un délai de 1 à 2 heures d'attente supplémentaire.

L'avis d'un médecin spécialiste est variable selon l'activité du secteur concerné.

TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES

Votre prise en charge s'organise en fonction de la gravité de votre état de santé et non pas en fonction de l'ordre d'arrivée dans le service.

Les temps d'attente varient selon :

- Votre état de santé et son degré de gravité,
- Le nombre de patients présent aux urgences et de leur état de santé,
- La disponibilité des médecins spécialistes et de l'activité dans leur service,
- La réalisation et l'interprétation des examens nécessaires (bilan sanguin, Imagerie, ...),
- La réalisation des soins,
- De la nécessité de surveillance et de réévaluation de l'efficacité du traitement mis en place,
- Les documents nécessaires à votre sortie ou votre hospitalisation.

LES ACCOMPAGNANTS

Ils devront s'installer en salle d'attente et seront informés par l'équipe de l'évolution de la prise en charge de leur proche.

Seuls les mineurs sont systématiquement accompagnés dans le soin.

Il est demandé aux accompagnants de bien vouloir respecter les espaces dédiés et préserver le calme pour le confort, la sécurité et la qualité des soins de leur proche.

EFFETS PERSONNELS

En cas de besoin, un coffre est disponible dans le service.

FIN DE PRISE EN CHARGE



Retour à domicile

➤ Sortie administrative au secrétariat

- Compte-rendu de passage aux urgences / ordonnances / certificats, remis par la secrétaire à la sortie.
- Clôture du dossier administrative et facturation (tiers payant, sécu/mutuelle) réalisé par la secrétaire. Règlement patient étranger ou sans couverture sociale en direct.

Une fois le dossier validé, les documents sont envoyés au **Dossier Médical Partagé** sauf si refus de votre part (voir ci-dessous <https://monespacesante.fr>).



Hospitalisation

- **UHCD** : continuité de PEC par l'équipe des urgences
- **Services** : transfert dans les services de soins
 - Formulaire de personne de confiance
 - Demande de chambre particulière
- **Chirurgie à prévoir** : circuit RAAC
 - Formulaire de personne de confiance
 - Informations PEC RAAC
 - Complications précoces chirurgie
 - Ordonnances
 - Autorisation d'opérer (si patient mineur coché)
 - Questionnaire RAAC

MON ESPACE SANTÉ : VOTRE NOUVEAU CARNET DE SANTÉ NUMÉRIQUE

Accessible en ligne ou via une application mobile dédiée



Le Centre Hospitalier des Escartons de Briançon alimente
« **Mon Espace Santé** » pour chacun de ses patients.

Après une consultation ou hospitalisation, nous alimentons le **Dossier Médical Partagé (DMP)** de votre **Espace Santé** avec :

- + Lettre de liaison à la sortie
- + Ordonnances de sortie
- + Comptes-rendus opératoires
- + Comptes-rendus de consultation – Imagerie

Ces documents sont également envoyés automatiquement via la Messagerie Sécurisée Citoyenne disponible sur votre Espace Santé.



Pour cela, **2 conditions** :

- + Votre Espace Santé doit être ouvert et activé (il peut être clôturé par vos soins)
- + Votre identité doit être qualifiée (pièce d'identité donnée et vérifiée à chaque venue)

3 avantages qui vous simplifient la vie avec « Mon Espace Santé » :

- + Stockez vos documents de santé (vous ou via vos centres de soins)
- + Echangez de façon sécurisée avec vos professionnels de santé
- + N'emportez plus vos dossiers médicaux chez vos professionnels

Droits du patient

En tant que patient(e), vous êtes également responsable de votre Espace Santé : vous pouvez vous y opposer ; en restreindre les accès ainsi qu'à des documents ou encore demander que votre structure d'accueil ne l'alimente pas lors de votre venue.

Pour faire valoir vos droits : dpo@chicas-gap.fr



monespacesante.fr



cnil.fr

Toutes les informations sur :



TRANSPORT À LA SORTIE



S'effectue soit :

- Par vos propres moyens,
- En taxi : le règlement de la course est à honorer directement au prestataire,
- En ambulance : uniquement sur décision et prescription médicale.

Le service des Urgences fonctionne 24h/24. Par conséquent, la sortie peut se faire la nuit. Les conditions d'une éventuelle sortie en soirée seront évaluées avec l'équipe.

Pour toute sortie d'un patient mineur, la présence d'un majeur désigné par l'autorité parentale est obligatoire.

La prise en charge des frais de transports est strictement réglementée par l'assurance maladie et est liée à une prescription médicale et non à la demande du patient.

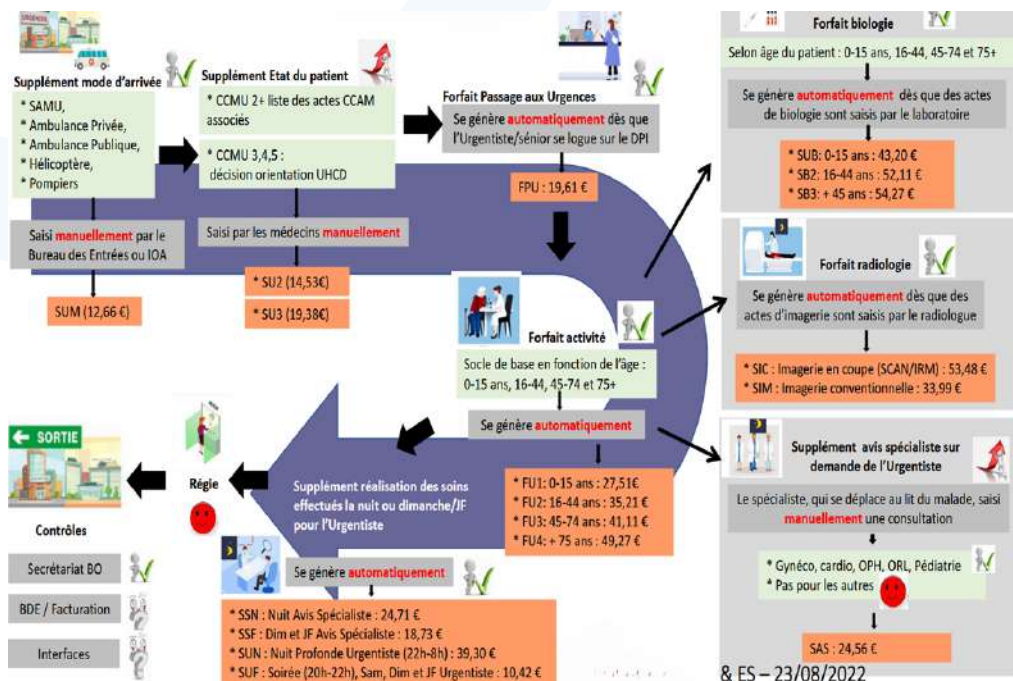


ANNEXES AU LIVRET

(Toutes les pièces sont téléchargeables sur le site ou à demander sous format au secrétariat)

- Formulaire « Personne de confiance »
- Charte du patient hospitalisé (adulte et enfant)
- Autorisation d'opérer
- Formulaire « chambre particulière »
- Questionnaire de satisfaction
- Consentement à l'anesthésie
- Consentement à la chirurgie

TARIF ET CIRCUIT



Votre avis est important :

Vous pouvez remplir le questionnaire de satisfaction

Si vous avez une réclamation :

Vous pouvez adresser votre plainte par écrit au directeur du Centre Hospitalier ou rencontrer la personne déléguée par la direction.

 scr@ch-briancon.fr

Vous pouvez saisir la Commission Des Usagers, elle peut vous accompagner et veiller à ce que l'on vous apporte toutes les réponses aux questions que vous vous posez.

 representant-usager@ch-briancon.fr

SPÉCIALITÉS CHEB/CONTACTS



- Addictologie
- Centre de vaccination
- Diabétologie
- Endocrinologie
- Gastro-entérologie
- Médecine Interne
- Infectiologie
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Neurologie

04 92 25 21 21

- ORL
- Ophtamologie
- Stomatologie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie viscérale, digestive
- Urologie
- Anesthésie

04 92 25 23 23

➤ Imagerie → 04 92 25 20 60

➤ Laboratoire → 04 92 25 20 20

- Obstétrique
- Gynécologie
- Pédiatrie

04 92 25 23 38

SPÉCIALITÉS CHEB/CONTACTS

15

SAMU
Le service d'aide médical urgent

17

POLICE SECOURS

18

SAPEURS-POMPIERS

112

**NUMÉRO D'APPEL
D'URGENCE EUROPÉEN**

114

**NUMÉRO D'URGENCE
POUR LES PERSONNES
SOURDES ET MALENTENDANTES**



04 86 99 18 66
ALLO PHARMACIE DE GARDE



04 91 75 25 25
**CENTRE ANTIPOISON
ET TOXICOVIGILANCE**



119
ENFANCE EN DANGER



115
HÉBERGEMENT D'URGENCE



113
**DROGUE ALCOOL TABAC
INFO SERVICE**



3919
**NUMÉRO DESTINÉ AUX FEMMES
VICTIMES DE VIOLENCE**

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



1 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.



2 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.



3 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

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

Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la 1^{ère} conférence européenne des associations «Enfants à l'hôpital».

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants" - UNESCO. Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

1

L'admission à l'hôpital

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.

2

Etre entouré pendant le séjour

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.

3

Impliquer les parents dans le processus de soins

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. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4

Etre informé sur la maladie et les soins

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.

5

Soulager la douleur

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

6

Des activités de loisir en fonction de l'âge

Les enfants ne doivent pas être admis dans les 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.

7

Un environnement hospitalier adapté

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.

8

Formation spécifique du personnel soignant

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

9

Assurer une continuité des soins

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

10

Respect de l'intimité de l'enfant

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

**FORMULAIRE DE DESIGNATION
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique

Lors de votre hospitalisation, si vous êtes majeur, vous pouvez désigner une personne de confiance qui pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions et qui sera consultée, pour donner des indications sur vos souhaits, au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté.

Je soussigné(e) : Nom, Prénoms, date et lieu de naissance :

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Désigne comme personne de confiance :

Nom, Prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ email : _____

Cette personne de confiance est :

un proche un parent mon médecin traitant Autre, précisez : _____

Pour la durée de cette hospitalisation

Jusqu'à ce que je la révoque, et fasse connaître ma nouvelle décision.

Fait à : _____ le : _____

Signature

Signature de la personne de confiance

Patient (e) dans l'incapacité de recevoir les informations et/ou de désigner une personne de confiance
date et signature de l'IDE :

A RAPPORTER, COMPLETE ET SIGNE LE JOUR DL'HOSPITALISATION

photocopie de la carte d'identité des deux parents ou du tuteur, jugement de tutelle en cas de majeur protégé, et décision de justice de l'accompagnant ou du mineur se disant émancipé.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Une exploration médicale ou un traitement invasif sont envisagés pour votre enfant, ou une personne placée sous votre tutelle.

Après avoir été informé par le Dr.....nous vous remercions de bien vouloir signer l'autorisation d'opérer et d'anesthésier, par lequel vous reconnaissez :

Avoir été bien informé des investigations et des traitements envisagés, de leur utilité, de leur urgence éventuelle, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que des autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Je soussigné (e), Mme, Mr (NOM, Prénom), agissant en qualité de :

- Père ☎ : ____/____/____/____/____/____
 Mère ☎ : ____/____/____/____/____/____
 Tuteur ayant autorité parentale ☎ : ____/____/____/____/____/____
 Représentant légal du majeur protégé ☎ : ____/____/____/____/____/____

Déclare autoriser, le chirurgien Dr.....du centre hospitalier de Briançon à pratiquer l'acte* : intitulé de l'acte
réalisé le ____/____/____ sur la personne de :

- Mon enfant mineur (NOM, Prénom) :
 né(e) le ____/____/____, dont je suis détenteur de l'autorité parentale

 M. ou Mme
 né(e) le ____/____/____, majeur protégé dont je suis le représentant.

**Une intervention chirurgicale ou endoscopique, sous anesthésie et tout acte nécessaire en cas d'urgence.*

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Tuteur,

Date : ____/____/____

Père,

Date : ____/____/____

Mère,

Date : ____/____/____



CONSETEMENT -PERSONNE DE CONFIANCE - D ANTICIPEES

ANESENR02

Date d'application

09/08/2018

Version : 2



CONSETEMENT ECLAIRE A L'ANESTHESIE

SERVICE D'ANESTHESIE

Secrétariat : ☎ 04 92 25 23 23

- Dr Nicoletta BERGERO
- Dr Maria CHIARAVAGLIO
- Dr Simone MOLINARI
- Dr Clara PESCARMONA
- Dr Xavier STIHLE
- Dr Claude SUMIAN
- Dr Valter TROMBETTA

Je soussigné(e) Mme, Melle, Mcertifie
 avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'anesthésie et la
 prise en charge de la douleur post-opératoire, donnée par le Docteur
le ___/___/___ ;

Et avoir reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant
 l'intervention :qui sera réalisée par le Docteur :

DATE et SIGNATURE :

DOCUMENT A IMPERATIVEMENT RAPPORTER SIGNE AVANT VOTRE INTERVENTION

Diagnostic : _____

Intervention chirurgicale : _____

Réalisée par le Dr : _____

Un schéma de l'intervention vous a été remis

Je soussigné(e) _____ (nom, prénom du patient), né(e)

le ___/___/___ agis en qualité de,

 Intéressé(e) Père Mère Tuteur légal**VOUS POUVEZ RAYER TOUTE PARTIE DE PARAGRAPHIE POUR LEQUEL VOUS NE VOULEZ PAS DONNER VOTRE ACCORD**

1. J'atteste que le Dr _____ m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale. Il m'a aussi informé(e) des bénéfices/risques, des possibles complications et alternatives à l'intervention chirurgicale proposée. J'ai pu poser des questions et des réponses m'a été donnée.
2. Je comprends qu'une situation non prévue pourrait survenir et qui nécessiterait une procédure différente de celle envisagée. Dans ce cas, je consens à la réalisation, d'une intervention chirurgicale additionnelle jugée nécessaire.
3. Je consens à la transfusion de sang ou dérivés sanguins si jugé nécessaire. J'atteste avoir été informé sur les bénéfices, les risques encourus et les alternatives.
4. J'autorise la mise en place de matériel étranger (prothèse ; par exemple filet) nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir été informé sur les bénéfices, les risques encourus et les alternatives.
5. Je consens à l'admission de professionnels de santé en formation dans la salle d'intervention ou lors de traitement.
6. Je consens, durant l'intervention, à la présence de représentant de société de matériel médical pour apporter le support technique nécessaire.
7. Je confirme que j'ai lu et pleinement compris les informations mentionnées dans ce document. Je comprends et accepte qu'aucune garantie ou assurance ne puisse m'être faite concernant le résultat attendu de l'intervention chirurgicale.
8. J'ai été mis(e) au courant des éventuels plans de soins et traitements possibles après l'opération.

Signature du patient ou du représentant légal) : _____

Je, soussigné(e), Dr _____ (NOM, prénom), certifie avoir expliqué la nature, le but, les bénéfices/risques et les alternatives à l'intervention chirurgicale et/ou procédure diagnostique ou thérapeutique. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions et y avoir pleinement répondu.
 Fait à Briançon le ___/___/___ Médecin (signature) : _____



CENTRE HOSPITALIER DES ESCARTONS DE BRIANÇON

24 avenue Adrien Daurelle
05100 Briançon



04 92 25 25 25