

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE ANESTHESISTE

REEMPLIR UN QUESTIONNAIRE PAR ETABLISSEMENT DE SANTE

REEMPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Praticien :

Nom :

Prénom :

Nom et adresse de l'établissement de santé :

- ▶ L'organisation de l'établissement respecte-t-elle les dispositions du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie (art. D.712-40 du code de santé publique) ? OUI NON
- ▶ Le matériel utilisé en salle d'anesthésie et au réveil est-il mis en service après vérification suivant une check-list, à l'ouverture du site et entre chaque patient (arrêté du 03/10/95) ? OUI NON
- ▶ Existe-t-il un contrat de maintenance du matériel ? OUI NON

- ▶ Comment informez-vous vos patients ?
 - Oralement : OUI NON
 - Par écrit : OUI NON
 - Par un document signé du patient : OUI NON

- ▶ Travaillez-vous seul ou en pool avec les autres médecins anesthésistes réanimateurs ?
 - Seul : OUI NON
 - En pool : OUI NON

- ▶ Existe-t-il une garde anesthésique médicale sur place ? OUI NON
- ▶ Exercez-vous :
 - Dans plusieurs salles d'anesthésie à la fois ? OUI NON
 - Sur un site unique dans votre établissement ? OUI NON

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

- ▶ Vous arrive-t-il au cours de la même journée d'exercer dans des établissements différents ? OUI NON
Si oui, combien :
- ▶ Pratiquez-vous des anesthésies simultanées (hors le cadre de l'urgence) ? OUI NON
Si oui : - quelles anesthésies et combien au maximum :
- l'entretien de l'anesthésie est-il assuré par un IADE pour chaque patient hormis celui que vous surveillez personnellement ? OUI NON
- ▶ Nombre d'IADE présentes sur le site :
- ▶ Existe-t-il une garde spécifique d'anesthésiste-réanimateur sur place en post-interventionnel ? OUI NON

- ▶ Pratiquez-vous l'analgésie péridurale pour l'accouchement ? OUI NON
- ▶ Pratiquez-vous la rachianesthésie pour d'autres interventions ? OUI NON

- ▶ Pratiquez-vous l'anesthésie avec feuille d'anesthésie et feuille de surveillance du réveil ? OUI NON
- ▶ Existe-t-il un dossier transfusionnel ? OUI NON
- ▶ La traçabilité des produits sanguins labiles est-elle assurée ? OUI NON
- ▶ Le règlement intérieur du fonctionnement de l'anesthésie a-t-il été rédigé ? OUI NON
- ▶ Des protocoles écrits concernant les soins post-opératoires existent-ils ? OUI NON

- ▶ La transmission des prescriptions médicales se fait-elle par écrit ? OUI NON

- ▶ Existe-t-il :
- Un CLIN ? OUI NON
 - Un correspondant d'hémovigilance ? OUI NON
 - Un correspondant de matériovigilance ? OUI NON

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES EVENTUELS SUR VOTRE ACTIVITE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONTRATS D'ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET MISES EN CAUSE EVENTUELLES

Se reporter au document général rubriques "Votre assurance, vos contrats et les mises en cause" lesquelles doivent inclure également les renseignements concernant votre activité d'anesthésiste réanimateur.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à _____ le _____

Signature :

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40