

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

## QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE ANESTHESISTE

REEMPLIR UN QUESTIONNAIRE PAR ETABLISSEMENT DE SANTE

**REEMPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR. NE PAS AGRAFER**

**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 : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09**

## 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 : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09**

# 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 :

**NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance. Article L 113-8 du code des assurances**

**Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09**