

# Conditions d'hébergement de l'Accompagnant en Unité d'Obstétrique



Vous souhaitez être **accompagnant auprès d'une personne hospitalisée en chambre particulière**, vous pouvez être hébergé à ses côtés **selon la disponibilité** des lits accompagnants et sous certaines conditions. Pour le bon déroulement des soins, **nous vous remercions de vous engager à respecter les consignes de sécurité et le règlement du service :**

L'hébergement et les repas accompagnant sont des services payants.

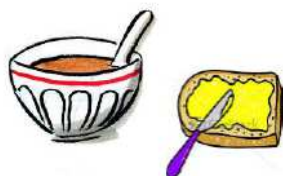
Les tarifs sont présentés dans le document « **relevé des frais d'hébergement pour accompagnant d'un hospitalisé** »

Ces prestations peuvent être facturées en même temps que les frais d'hospitalisation de la patiente ou peuvent être réglés directement par l'accompagnant.

Vous disposez d'un lit pliant avec le nécessaire de literie. Les draps ne seront pas changés entre chaque nuit.

Nous vous remercions d'avoir replié votre lit **au plus tard à 8h00**, le port d'une tenue décente est alors exigé.

Il est en effet indispensable de pouvoir réaliser les soins, la surveillance de la patiente et l'entretien des chambres dans des conditions ne compromettant pas leur accès et leur sécurité.



Un petit déjeuner et un repas accompagnant peuvent vous être préparés. Il vous suffit de prévenir le personnel soignant la veille.

Comme pour les patientes, les règles d'hygiène hospitalière imposent que le repas soit consommé dans l'heure.

Afin d'éviter les risques d'infection alimentaire, aucun plat ne pourra être réchauffé.

Les issues de sortie de la maternité sont fermées entre **20h00 et 6h45**.

Pour la sécurité des patientes et le fonctionnement du service, nous vous demandons d'éviter les déplacements hors de votre chambre dans ce créneau horaire.



Les boissons alcoolisées ne sont pas autorisées dans le service.

Il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans les chambres, le bâtiment et sur la terrasse du service de grossesses pathologiques.

Le « relevé des frais d'hébergement » restera consultable à tout moment pendant votre séjour.

Il vous sera présenté avant votre départ pour vérification avant facturation.

**Merci de votre compréhension.**

Date : \_\_\_\_\_ Nom de l'accompagnant : \_\_\_\_\_

Signature :

**RELEVÉ DES FRAIS D'HÉBERGEMENT  
POUR ACCOMPAGNANT D'UN HOSPITALISÉ  
TARIF 2019**

**A Remettre par le service de soins au Service des Admissions à la fin du séjour de l'accompagnant pour facturation**

N° d'entrée du malade : .....

Nom et Prénom du malade : .....

Nom et Prénom de l'accompagnant : .....

<b>DATES</b>	<b>DÉJEUNER</b>  <b>10 Euros</b>	<b>DÎNER</b>  <b>10 Euros</b>	<b>COUCHER</b> petit déjeuner non compris <b>20,56 Euros</b>	<b>COUCHER</b> petit déjeuner compris (+5,93) <b>26,49 Euros</b>
<b>Nombre Total</b>				

POUR VALIDATION DE L'ÉTAT DES FRAIS A FACTURER :  
Ces frais seront facturés au patient majeur ou son représentant légal

**Date :**

Signature de l'accompagnant

Signature du patient  
ou son représentant légal  
Bon pour accord de paiement

Signature du Cadre de Santé