

 HÔPITAL SIMONE VEIL GROUPEMENT HOSPITALIER EAUBONNE-MONTMORENCY	Charte lit accompagnant Service maternité	Etiquette patiente
---	--	--------------------

L'équipe de maternité est sensible au bien-être des bébés et des mamans.

Pendant le séjour en maternité, les patientes en chambre particulière peuvent, si elles le souhaitent, demander un lit accompagnant pour le coparent (des demandes particulières pourront être soumises aux soignants). L'accompagnant pourra épauler la maman et prendre le relai afin de s'occuper de son enfant la nuit.

Cette prestation est soumise à quelques règles simples que les accompagnants sont tenus de respecter pour permettre le bon fonctionnement du service, la sécurité et le confort de tous :

- ✓ Cette demande doit être faite auprès de l'équipe soignante , cette prestation est payante et facturée au prix de 20€ par nuitée, incluant un petit déjeuner ainsi que la mise à disposition de draps. La facture sera à régler au bureau des sorties du lundi au vendredi. Pour les sorties du week end, la facture sera adressée au domicile.
- ✓ L'accompagnant est présent la nuit pour participer aux soins du bébé la nuit, ainsi que de soutenir et prendre le relai de la maman la nuit. Le nouveau-né reste dans la chambre avec ses parents. Le personnel est bien évidemment à votre disposition pour les soins de la mère et du nouveau-né.
- ✓ Par respect pour le personnel et les autres patientes, nous vous demandons de :
 - Rester dans la chambre au cours de la nuit
 - Porter une tenue correcte (Tshirt et pantalon ou short minimum)
 - Garder une chambre en ordre
 - Plier le lit et rassembler les affaires pour **9h**, afin de permettre un démarrage des soins en chambre à **9h**.
 - Un seul et même accompagnant est autorisé au cours du séjour

Si l'accompagnant souhaite renouveler une seconde nuit, la procédure est identique. L'équipe se réserve le droit de ne pas attribuer de nuit supplémentaire en cas de non-respect de cette charte.

Je soussigné(e) Nom.....Prénom..... accompagnant de Madame
Nom.....Prénom....., hospitalisée en chambre.....

M'engage à respecter les conditions ci-dessus et à régler les frais de la (des) nuitée(s).

Fait le :.....

Signature :

Nombre de nuitées :