IDENTIFICATION DU PATIENT

Article L162-21 du Code de la Sécurité Sociale :
*« (…) Dans ces établissements de santé, **il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des service administratifs de son identité**, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un **titre d'identité** comportant sa photographie. »*

Manuel de Certification V2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS), critère 15a :
*« Les professionnels de santé vérifient la **concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription**, avant tout acte thérapeutique ou diagnostique ».*

L'identitovigilance a pour objet la surveillance et la gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients tout au long de leur prise en charge (soins, administrative…) et de leur parcours dans l'établissement.

Afin de répondre à l'Instruction N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins, lors de votre hospitalisation, **nous vous identifierons par votre nom de naissance**.

Un **bracelet d'identification** vous sera posé lors de votre admission dans le service de soins, vous le conserverez tout au long de votre séjour dans notre établissement.

****

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) dans une des Cliniques des Etablissements Sainte-Marguerite. Les Praticiens, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Le Praticien qui vous prendra en charge lors de votre hospitalisation vous a remis ce jour ce « livret d'information du patient ».

Comme son nom l'indique, et selon la réglementation en vigueur, ce livret a pour objectif de regrouper les informations médicales et administratives nécessaires vous concernant, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui vous seront prodigués.

Vous devrez **lire et compléter** avec attention les différents documents (informations, questionnaires, autorisations) composant ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans nos établissements. Vous pourrez, si nécessaire, les remplir avec l'aide de vos proches et/ou de votre Médecin traitant.

Il est essentiel de vous présenter muni(e) de ce livret complété et signé à l'accueil de la Clinique avant votre consultation pré-anesthésique, à l'occasion de laquelle un complément d'informations vous sera donné par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur que vous rencontrerez.

Nous complèterons également notre information concernant votre séjour par le livret d'accueil de la Clinique qui vous sera remis lors de la consultation pré-anesthésique.

Nous souhaitons que ce livret d'information contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les Etablissements Sainte-Marguerite.

Docteur Bruno THIRE / Directeur Général

A COMPLETER SI VOUS ÊTES…

Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle

A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information

Coordonnées du ☐ représentant / ☐ tuteur(1) du patient :

Nom : .....
Prénom : .....
Lien avec le patient : .....
Tél. : .....
Portable : .....

Signature du représentant ou tuteur du patient

Titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur. *Articles 371-1, 372, 372-2 du Code Civil Articles L.1111-5, R.1111-2, R.1112-35 du Code de la Santé Publique*

La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année). **Si l'un des parents est éloigné géographiquement**, il est possible de nous transmettre les informations contenues dans ce livret avec sa signature **par fax ou par voie postale**.

Ce livret d'information doit être impérativement complété et signé par les titulaires de l'autorité parentale et présenté à l'accueil de l'Etablissement avant la consultation pré-anesthésique. Auquel cas l'intervention pourra être reportée.

Le ou les signataire(s) de ce livret certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à votre médecin, dans les plus brefs délais, une copie de la décision.
Les titulaires de l'autorité parentale :

- s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé
- certifient chacun en ce qui le concerne, que ce livret leur a été expliqué en totalité, qu'ils l'ont lu, complété et compris
- attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements contenus dans ce livret

Identification des titulaires de l'autorité parentale

☐ **Père de l'enfant**	☐ **Mère de l'enfant**	☐ **Tuteur** (1)
Nom :	Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom :	Prénom : .....
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance : .....
Tél. :	Tél. :	Tél. : .....
Portable :	Portable :	Portable : .....
Adresse :	Adresse :	Adresse : .....
.....	.....	.....
Signature :	**Signature :**	**Signature :**

Entrée et sortie d'un patient mineur

Si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être présents le jour de l'hospitalisation ou lors de la sortie de l'établissement, la ou les personnes ci-après désignée(s) sont autorisées à accompagner l'enfant (2) :

Nom, prénom :	Nom, prénom : .....
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant : .....
Tél. :	Tél. : .....
Portable :	Portable : .....

SECURITE : l'établissement n'autorise pas la sortie d'un patient mineur sans accompagnant.

(1) : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.
(2) : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'IDE du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.

… SOMMAIRE …

I. Informations et autorisations réglementaires

1. Informations générales sur l'anesthésie
2. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
3. Informations concernant la lutte contre la douleur
4. Informations concernant le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments
5. Informations concernant l'interdiction de fumer
6. En vue de la consultation anesthésique, n'oubliez pas d'apporter…
7. Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée
8. Informations données par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur sur le type d'anesthésie envisagée
9. Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)
10. Dossier anesthésique

II. Autorisations du patient

1. Autorisations
2. Cas particulier du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

III. Engagement du patient hospitalisé

IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

1. Personne(s) à prévenir
2. Transmissions des informations de santé à des proches
3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé
4. Désignation de la personne de confiance
5. Directives anticipées
6. Demande de non divulgation de présence

V. En vue de l'intervention

1. La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales
2. Consignes générales avant toute intervention chirurgicale
3. Consignes spécifiques à suivre concernant la chirurgie ambulatoire et l'endoscopie (fibroscopie, coloscopie, gastroscopie, bronchoscopie)
4. Prévention des chutes

VI. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

1. Informations générales sur l'anesthésie

Le dossier anesthésique ci-après (pages 12 et 13) est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte médical qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

2. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang

(Information sur la transfusion des patients en anesthésie - SfFAR Mars 2006)

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, ce document est destiné à vous informer sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que les examens à réaliser avant et après celle-ci.
Dans le cas particulier d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise lorsque vous serez sous anesthésie. En conséquence, cette information est assez largement diffusée en préopératoire, et le fait qu'elle vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion.
Si vous avez dû recevoir une transfusion durant l'anesthésie, nous vous en informerons dès votre réveil.
Pour en faciliter la lecture, ce document comporte une première partie résumée « CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR » et une seconde partie plus détaillée « POUR EN SAVOIR PLUS ».

Si une solution alternative à la transfusion homologue est envisageable, telle la transfusion dite « autologue » (votre propre sang mis en réserve), une information particulière vous sera délivrée.
Nous vous invitons à poser au Médecin qui vous informera, toute question sur ce sujet que vous jugerez utile.

Ce qu'il est important de savoir

A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique.
Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus.
Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile).
Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le Sida.

Quelle surveillance en cas de transfusion ?

La recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée. En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.
Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus. Il est important de conserver ces documents et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

Pour en savoir plus…

Les produits et leurs indications

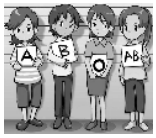
Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles.
Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.

Les globules rouges ont pour fonction le transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.
Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.
Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.
Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire.
Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

Les risques connus

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

- **Des risques liés aux nombreux groupes sanguins :**
  

  Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus.
  Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés "irréguliers"), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.
  Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

- **Des risques résiduels de contamination :**
  Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques.
  Les estimations issues de l'INVS 2012 - 2014 sont les suivantes :
  - pour le virus de l'hépatite B : 1/6.400.000 dons
  - pour le virus de l'hépatite C : 1/33.000.000 dons
  - pour le virus de Sida : 1/3.000.000 dons
  - pour le virus T-Lymphotropique humain : 1/9.000.000 dons

Les dangers inconnus :
Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance).
Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

Les examens biologiques avant et après transfusion :
Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.
En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués.

Avant chaque transfusion : il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.

Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes.
Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

Les documents remis et l'importance de leur conservation :
Après une transfusion, il vous est remis avant la sortie, un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus. Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à votre médecin traitant. Il en a besoin

pour assurer un suivi médical de qualité. En cas de transfusions régulières, ces informations peuvent être reportées sur un document récapitulatif. Il vous sera également remis à votre sortie une ordonnance pour effectuer une nouvelle recherche de RAI.
En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de re-contacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

3. Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.
Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles. Pour cela, votre participation est primordiale. C'est pourquoi un questionnaire « douleur » vous sera remis au cours de votre hospitalisation.

Vous trouverez également inclus au livret d'accueil qui vous sera remis lors de la consultation pré-anesthésique, un document détaillé relatif aux modalités de lutte contre la douleur.

4. Informations sur le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments

Lors de **l'utilisation non contrôlée de médicaments** deux risques principaux sont encourus :

- **LE SURDOSAGE** : la quantité de médicament est supérieure à la dose thérapeutique ou toxique ; elle peut alors provoquer des troubles graves voire mortels.
- **L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE** : quand un médicament modifie l'effet d'un autre médicament présent au même moment dans l'organisme, on dit qu'il y a interaction médicamenteuse. Celle-ci peut être positive et voulue, ou bien négative et à éviter. Mais, en règle générale, les interactions médicamenteuses sont à éviter, car elles peuvent entraîner soit l'échec d'un traitement, soit une amplification des effets prévus, soit des effets toxiques graves, voire mortels.

  L'addition des effets : par exemple, les actions de deux anticoagulants, deux hypnotiques, deux produits contenant du paracétamol vont s'ajouter partiellement ou totalement.

  La potentialisation des effets : au lieu de s'additionner, les effets se multiplient.

  L'inhibition des effets : l'efficacité d'un médicament est diminuée, voire annihilée par l'administration d'un second.

A ces deux risques s'ajoute le risque induit par l'intervention que vous allez subir ou que vous avez subi. En effet certains médicaments ne sont pas compatibles avec une intervention chirurgicale : exemple les anticoagulants qui font saigner.
La polymédication, les sujets âgés, l'insuffisance rénale ou hépatique renforcent le risque encouru.

Aussi nous vous demandons de signaler au personnel soignant tous les médicaments que vous avez pris avant l'intervention, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au praticien ou au personnel soignant qui vous a en charge, durant votre hospitalisation.

5. Informations concernant l'interdiction de fumer

Conformément à la réglementation :

- décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer
- circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé
- circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- arrêté du 3 janvier 2007 fixant les modèles de signalisation

Nous vous rappelons l'interdiction stricte de fumer dans tous les bâtiments des Cliniques du Groupe Sainte-Marguerite, depuis le 1er Février 2007.

Il est bien entendu interdit aux patients ainsi qu'aux visiteurs, de fumer, que ce soit dans les chambres ou ailleurs. Un espace fumeur est aménagé à l'extérieur de la Clinique.
Nous remercions les Patients et leurs proches de nous aider dans cette démarche.

Nous remercions les Patients et leurs proches de nous aider dans cette démarche.

6. En vue de la consultation pré-anesthésique, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **Vos ordonnances et vos médicaments en cours si vous suivez un traitement**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)…
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

En plus des documents ci-dessus, **pour un PATIENT MINEUR, il est obligatoire de présenter les documents suivants :**

- **La carte d'identité ou le passeport en cours de validité du ou des titulaires de l'autorité parentale**
- **Le livret de famille**
- **Le carnet de santé et de vaccination**

7. Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée

LETTRE D'INFORMATION

Au delà de l'aspect juridique, médico-légal et socio-économique qui enserre de plus en plus étroitement la pratique médicale et chirurgicale, je souhaite insister sur le contrat moral qui s'établit entre nous, l'équipe soignante, la clinique et votre famille. Je suis, en effet, très attachée au nécessaire climat de confiance indispensable à toute hospitalisation et à tout acte chirurgical.
Dans cet esprit, je vous rappelle certains des points évoqués au cours de notre entretien:

- **L'anesthésie**, qu'elle soit générale, péridurale, locorégionale ou locale comporte ses propres risques. *Les Médecins Anesthésistes vous donneront toutes explications nécessaires lors des consultations spécifiques préopératoires auxquelles il est indispensable que vous vous rendiez dans les plus brefs délais.*
- La plupart des **traitements** médicaux, curatifs, ou même préventifs (comme les anticoagulants destinés à éviter la survenue des phlébites et des embolies pulmonaires, ou comme les antibiotiques destinés à éviter la survenue d'une infection), même considérés usuellement comme banals ou anodins, comportent également leurs propres risques de complications (hématomes, hémorragies, allergies etc..) ou d'effets secondaires (digestifs, sanguins, dermatologiques, etc.)

D'une manière générale, l'acceptation d'une prise de risque de complication ou d'incident, même exceptionnel, mais éventuellement grave, est la contrepartie inéluctable de l'efficacité du traitement proposé, quel qu'il soit, même médical L'absence de traitement elle-même n'est jamais dénuée de risque. **Il est difficile de donner** un pourcentage **exact de complication, car le risque pris est essentiellement individuel, dépendant plus de chaque patient, de ses antécédents et de ses particularités, que de la statistique brute. La Chirurgie a ses limites et ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la Nature ; d'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu ; un** résultat **n'est *jamais garanti* d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.** Ces généralités rappelées, je préfère vous énumérer une nouvelle fois les **complications** les plus fréquentes et les plus graves pouvant survenir au cours ou au décours de l'intervention chirurgicale envisagée : *échec de l'intervention réalisée, infection, hématome, désunion cicatricielle, cicatrice disgracieuse ou douloureuse, algoneurodystrophie, raideur articulaire, phlébite, embolie pulmonaire, compression vasculaire ou nerveuse ou oculaire (n'entrainant que très exceptionnellement une cécité), paralysie, rupture ou défaillance d'implant ou de matériel d'ostéosynthèse, retard de consolidation, pseudarthrose, etc…* **La plupart de ces complications guérissent sans séquelle, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser persister des séquelles fonctionnelles graves et définitives. *Si vous n'acceptez pas les risques liés à l'intervention chirurgicale, si vous n'avez pas confiance, ne vous faites pas opérer.***

Lisez cette lettre, éventuellement en famille ; parlez-en avec votre médecin traitant.

Il fera partie de votre dossier médical. Il a pour but d'attester que vous avez bien reçu une information aussi complète que vous le souhaitiez, et que vous avez donné votre accord pour l'intervention.

La volonté de guérir, la motivation, la confiance réciproque, le respect des conseils prodigués et l'observance des traitements prescrits, sont des facteurs importants pour une évolution favorable et un bon résultat final. Les bons résultats existent, ils sont très nombreux, même si on en parle moins.

Fait à ..... Le.....

Docteur PICLET-LEGRE Barbara
Docteur HELIX GIORDANINO Marianne
Dr FREY-OLLIVIER Solenne

CONSENTEMENT ECLAIRÉ CHIRURGICAL

Comme le Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales, je soussignée, confirme avoir été informée par elle, dans le détail, des risques graves y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale*, et en particulier infectieux, et des risques graves y compris vitaux, particuliers à l'intervention que je dois subir.

*Si l'intervention chirurgicale vous est proposée en chirurgie ambulatoire, acceptez-vous ce type de prise en charge, après avoir été informé des modalités particulières d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ?
oui ☐ non ☐

J'ai été informée de l'existence d'un certain pourcentage de complications graves, de séquelles possibles et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteinte et aux associations morbides dont je puis être porteur(se), mais également à des réactions individuelles imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser au Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques locorégionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

J'ai été informée par le Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne des bénéfices attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire ultérieure.

Les explications fournies, l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et demander au Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai également été prévenue qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions, le Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire éventuellement assister pour cela par un autre praticien. Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention me semble tout à fait suffisant, et que, dans cet intervalle, le Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne est à ma disposition pour répondre à toute interrogation de moi-même ou de mon médecin traitant. Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues et à me soumettre à tous les soins, toutes les précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et en postopératoire.

Je fais confiance au Docteur Barbara PICLET-LEGRE / Docteur Marianne HELIX GIORDANINO / Docteur FREY-OLLIVIER Solenne pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat souhaité.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information.

Fait à ..... Le .....

Nom et signature du Praticien responsable du patient	**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)**

8. Informations données par le Médecin Anesthésiste - Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée

CONSENTEMENT ECLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

(A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)

Je, soussigné(e), reconnais avoir été suffisamment informé(e) sur les risques anesthésiques inhérents à mon intervention chirurgicale et avoir pu poser les questions que je désirais au Médecin Anesthésiste-Réanimateur (voir informations pages 12 et 13).
J'accepte également les modifications de méthode, qui pourraient s'avérer utiles pendant l'intervention, jugées indispensables par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur.

Fait à ..... Le .....

Nom et signature l'Anesthésiste-Réanimateur	**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)**

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur.
Son absence, toutefois, nous contraindrait à surseoir à votre anesthésie.

9. Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)

(à remplir avec le praticien lors de la consultation)

Vous allez entrer à la Clinique pour y subir un acte à visée diagnostique ou thérapeutique.
Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible) dans le cadre de l'Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005, nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. **Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections *d'hormone de croissance d'origine humaine* ?** oui ☐ non ☐

2. **Avez-vous subi une *intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ?*** oui ☐ non ☐

3. **Un membre de votre famille génétique a-t-il été *atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible* liée à une mutation codant la PrP ?** oui ☐ non ☐

4. **Avez-vous été identifié *comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnus a posteriori comme atteints de la variante-MCJ* ?** **oui ☐*** non☐

***Si oui, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC**

Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date, nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

---

P a r t i e r é s e r v é e a u p r a t i c i e n

Le patient présente-t-il après élimination des autres causes possibles, un signe neurologique d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique *(Myoclonies, troubles visuels ou cérébelleux ou pyramidaux ou extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique)* associé à des troubles intellectuels *(démence, ralentissement psychomoteur)* ou psychiatriques (*dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire)*.

Si le patient présente une suspicion d'EST, il faut revoir l'indication de l'acte et demander au préalable un examen neuropathologique et si la conclusion est positive en faveur d'une suspicion, il faut appliquer les modalités de traitement recommandées dans l'Instruction N°449.

Selon le processus déclaratif du patient et l'examen clinique, veuillez cocher la case qui correspond au niveau où se répertorie le patient :

PNSNA ☐

Patients Ni Suspects Ni Atteints
regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

PSA ☐

Patients Suspects ou Atteints
Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

Nom et signature du praticien responsable du patient

LA Nouvelle
CLINIQUE DE LA CIOTAT

Dossier Anesthésique

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

10. Informations générales sur l'anesthésie

Département d'Anesthésie-Réanimation
Clinique de La Ciotat
Boulevard Lamartine - 13600 LA CIOTAT
Tel : 04 42 71 14 71 Fax : 04.42.08.73.44

Ce dossier anesthésique est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte médical qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

Qu'est-ce que l'Anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie…), en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale.

L'Anesthésie Générale est un état comparable au sommeil, produit par injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'Anesthésie Loco-Régionale ou ALR est la suppression de la douleur dans tout ou partie du corps. Au cours d'une anesthésie générale, il y a perte de conscience et vous vous endormez. Avec l'anesthésie loco-régionale ou ALR, seule une partie du corps est insensibilisée. Ce type d'anesthésie permet l'acte chirurgical (un peu comme le réalise votre dentiste lorsqu'il veut extraire une dent) mais peut également être utilisé pour prendre en charge la douleur post-opératoire. On peut donc être amené à vous proposer une ALR en complément d'une anesthésie générale, dans le but de soulager la douleur post-opératoire.

Les médicaments utilisés sont essentiellement des anesthésiques locaux : ils bloquent la transmission de la sensation douloureuse le long du nerf ou du groupe de nerfs le long duquel le message douloureux est véhiculé.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie loco-régionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie générale, ou loco-régionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation.

Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur qui vous prendra en charge lors de l'anesthésie.

Quelle sera la surveillance pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quelque soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps, est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI ou salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter. Pour cela, il est important de faire part au Médecin Anesthésiste-Réanimateur et au personnel infirmier chargé de la surveillance, de tous les maux que vous pourriez ressentir au cours et après une anesthésie.

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge et un enrouement passagers.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer ; elle disparaît en quelques jours.
La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.
Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.
Durant les 24h qui suivent l'anesthésie, il est vivement conseillé de ne pas prendre d'alcool, ne pas conduire de véhicule, ne pas utiliser d'appareils potentiellement dangereux, ne pas prendre de décisions importantes, **votre vigilance pouvant être réduite sans que vous ne vous en rendiez compte.**
Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

L'Anesthésie Loco-Régionale ou ALR

Comment réalise-t-on une ALR ?

L'ALR est réalisée par un médecin anesthésiste.
Pour localiser les nerfs à anesthésier, le médecin pourra s'aider, selon sa pratique, soit d'un petit appareil de stimulation électrique (qui provoquera une contraction désagréable mais non douloureuse de vos muscles dans la région qu'il cherche à insensibiliser), soit d'un repérage échographique.

Quels sont les avantages d'une ALR ?

Lorsque la chirurgie le permet, les ALR diminuent le risque d'effets secondaires liés à une anesthésie générale (nausées, vomissements, trouble de la mémoire, maux de gorge). Ces effets sont légers mais peuvent durer 48h. L'ALR est donc une technique plus adaptée à la chirurgie ambulatoire.
Par ailleurs, l'ALR assure la plupart du temps une excellente analgésie post-opératoire.
Enfin, lors d'une intervention urgente, l'anesthésie générale comporte des risques spécifiques surajoutés, évitables par la réalisation d'une ALR.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'ALR ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un certain risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.Des ecchymoses, une irritation locale dans la zone d'injection du produit d'anesthésie, ou bien des sensations anormales dans le territoire du nerf, comme des fourmillements, ne sont pas exceptionnelles, et s'estompent généralement pour disparaître en 3 à 6 mois. Quelques cas seulement de lésion nerveuse résiduelle sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies loco-régionales sont réalisées chaque année dans le monde.
De façon exceptionnelle, des complications graves (convulsions, arrêt cardiaque ou respiratoire) ont été décrites. De même, l'allergie ou l'infection secondaire sont extrêmement rares.
Si le fait d'être conscient vous angoisse, l'anesthésiste pourra vous proposer une sédation en plus de l'ALR.
Enfin, l'ALR peut ne pas être suffisante et nécessiter une seconde injection voire un complément par une anesthésie générale.

Quelles sont les alternatives à l'ALR ?

En cas de contre-indication, ou de refus de votre part, l'acte chirurgical pourra être réalisé sous anesthésie générale et l'analgésie se fera par voie sous-cutanée ou intra-veineuse.

Quelles sont les consignes à respecter après l'intervention ?

- après ALR du Membre supérieur, le bras analgésié doit être mis en écharpe, ne pas comprimer, attention à ne pas blesser le bras opéré, au risque de brûlure, tant qu'il demeure encore « engourdi ».
- après ALR du Membre inférieur, la verticalisation doit être prudente et attention au risque de chute lié à un bloc non levé (membre « engourdi »).
  Le risque principal de ces blocs du membre inférieur est la chute par perte du verrouillage du genou en extension (bloc fémoral moteur), ou par perte de la sensibilité dans le territoire sciatique.

Organisation des consultations d'anesthésie

Pour des raisons d'organisation interne (durée d'intervention variable, date d'intervention fixée par le praticien avec votre accord) le Médecin Anesthésiste-Réanimateur qui réalise la consultation peut ne pas être celui qui effectue l'anesthésie le jour de l'intervention. Néanmoins, le Médecin consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge pendant l'anesthésie. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'Anesthésie-Réanimation.
Une procédure d'anesthésie est proposée et peut être modifiée en connaissance de résultats paracliniques, de modification de votre état de santé et de l'examen réalisé lors de la consultation d'anesthésie.

IMPORTANT : le questionnaire ci-après prépare la consultation d'Anesthésie.
REMPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

A COMPLETER PAR LE PATIENT

11. Questionnaire Anesthésie

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

..... Tél. : .....

Poids : ..... Taille : ..... Profession : .....

Variation de poids récente : ☐ non ☐ oui si oui :

Prise de poids : .....kg depuis : .....

Perte de poids : .....kg depuis : .....

Intervention : ..... Chirurgien : .....

..... Gynécologue : .....

Date de l'intervention : ..... Généraliste : .....

Pour une prise en charge en ambulatoire :

Aurez-vous un accompagnant à la sortie de l'établissement* et au domicile la nuit qui suit l'intervention ? (*pour l'enfant, la présence de deux accompagnateurs est nécessaire) oui ☐ non ☐

Avez-vous accès à un téléphone fixe ou portable ? oui ☐ non ☐

IMPORTANT : ce questionnaire prépare la consultation d'Anesthésie.

REMPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

*Munissez-vous **impérativement** de vos ordonnances et médicaments, électrocardiogramme, examens, carnet de santé.*

Recopiez la liste de VOS médicaments ci-dessous ☐ Aucun traitement en cours

Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir
-					-				
-					-				
-					-				
-					-				
-					-				

1) Durant les 12 derniers mois…

Avez-vous été hospitalisé(e)s en Réanimation, Soins Intensifs… ? oui ☐ non ☐

Avez-vous été hospitalisé(e)s à l'étranger ? oui ☐ non ☐

2) Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Multirésistante aux antibiotiques (BMR) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BMR ? oui ☐ non ☐

3) Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BHRe ? oui ☐ non ☐

4) Avez-vous eu un traitement antibiotique intensif et multiple ces 6 derniers mois ? oui ☐ non ☐

5) Avez-vous déjà été opéré(e), anesthésié(e), hospitalisé(e) ? oui ☐ non ☐

Si oui, pour quoi et quand ? .....

.....

.....

.....

.....

6) Avez-vous eu des anesthésies générales ? oui ☐ non ☐

7) Avez-vous eu des anesthésies locales, dentaires ou autres ? oui ☐ non ☐

8) Avez-vous présenté des complications lors de précédentes anesthésies ? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles ? .....

.....

.....

9) A-t-on signalé dans votre famille des problèmes dus aux anesthésies ? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels ? .....

.....

A COMPLETER PAR LE PATIENT

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

10) Avez-vous (eu) des problèmes :

Cardio-vasculaires

Nom du cardiologue : .....

Date de la dernière consultation : .....

- Hypertension artérielle (HTA) oui ☐ non ☐
- Souffle au cœur oui ☐ non ☐
- Angine de poitrine :
  Douleurs à l'effort oui ☐ non ☐
  Douleurs au repos oui ☐ non ☐
- Avez-vous eu :
  Un infarctus oui ☐ non ☐
  Des palpitations oui ☐ non ☐
  Une insuffisance cardiaque oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes artériels :
  Artérite oui ☐ non ☐
  Problème de carotides oui ☐ non ☐
  Artérite des membres inférieurs oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes veineux :
  Varices oui ☐ non ☐
  Jambes lourdes oui ☐ non ☐
  Antécédent de phlébite oui ☐ non ☐
  Antécédent d'embolie pulmonaire oui ☐ non ☐
  Paraphlébite oui ☐ non ☐
- Avez-vous eu des examens complémentaires :
  Epreuve d'effort oui ☐ non ☐
  Coronarographie oui ☐ non ☐
  Autres : ..... oui ☐ non ☐
- Avez-vous des stents (ressorts) oui ☐ non ☐
- Avez-vous un pacemaker oui ☐ non ☐

Pulmonaires

- Etes-vous fumeur : oui ☐ non ☐
  Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....
  Si oui, depuis : .. ..
- Consommez-vous des stupéfiants oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes d'asthme oui ☐ non ☐
  Si oui : crises fréquentes oui ☐ non ☐
  Asthme de l'enfance oui ☐ non ☐
  Traité oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes de bronchites :
  Chronique oui ☐ non ☐
  A répétition oui ☐ non ☐
  Emphysème oui ☐ non ☐
- Toux matinale oui ☐ non ☐

Digestifs

- Avez-vous déjà subi :
  Une fibroscopie oui ☐ non ☐
  Une coloscopie oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes gastriques :
  Ulcère gastrique oui ☐ non ☐
  Hernie hiatale oui ☐ non ☐
  Brûlures d'estomac oui ☐ non ☐
  Intolérance aux anti-inflammatoires oui ☐ non ☐
- Consommation d'alcool :
  Vin oui ☐ non ☐
  Autres : ..... oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes intestinaux :
  Constipation oui ☐ non ☐
  Diarrhée oui ☐ non ☐
  Sang dans les selles oui ☐ non ☐
- Prenez-vous des laxatifs oui ☐ non ☐
- Avez-vous des problèmes hépatiques :
  Hépatite A oui ☐ non ☐
  Hépatite B oui ☐ non ☐
  Hépatite C oui ☐ non ☐
  Autres : ..... oui ☐ non ☐
- Autres problèmes : .....
  .....
  .....

Néphrologie/Urologie

- Calculs oui ☐ non ☐
- Infections urinaires oui ☐ non ☐
- Insuffisance rénale chronique oui ☐ non ☐

Hommes :
Avez-vous des problèmes de prostate oui ☐ non ☐

Gynécologie

Nombre de grossesses : .....
Nombre d'accouchements : .....
Date des dernières règles : .....
Etes-vous enceinte ? oui ☐ non ☐
Avez-vous eu une péridurale pour votre / vos accouchement(s) ? oui ☐ non ☐

Neurologie

Migraines céphalées oui ☐ non ☐
Epilepsie oui ☐ non ☐
Convulsions de l'enfance oui ☐ non ☐
Spasmophilie oui ☐ non ☐
Tétanie oui ☐ non ☐
Hémiplégie oui ☐ non ☐
Troubles de la parole oui ☐ non ☐
Accident vasculaire cérébral oui ☐ non ☐

Allergies

- Avez-vous eu des problèmes d'allergie ? oui ☐ non ☐

  Si oui, lesquels ?
  - **Caoutchouc ou latex** oui ☐ non ☐
  - Urticaire oui ☐ non ☐
  - Rhume des foins oui ☐ non ☐
  - Eczéma oui ☐ non ☐
  - Asthme oui ☐ non ☐
  - Œdème de Quincke oui ☐ non ☐
  - Alimentaires : oui ☐ non ☐
    Banane, kiwi, avocat, châtaigne, melon
    Autres : .....
  - ○ Antibiotique oui ☐ non ☐
  - ○ Aspirine oui ☐ non ☐
  - ○ Autres médicaments oui ☐ non ☐
    Si oui, lesquels : .....
  - ○ Lors d'un examen radiologique oui ☐ non ☐

A COMPLETER PAR LE PATIENT

Autres pathologies

- Avez-vous un diabète oui ☐ non ☐
  Si oui, traité par : comprimé ☐
  insuline ☐
  régime ☐
  Depuis quand ? .....
- Avez-vous des problèmes psychologiques
  Dépression oui ☐ non ☐
  Anxiété oui ☐ non ☐
  Insomnie oui ☐ non ☐
- Avez-vous un glaucome oui ☐ non ☐
- Avez-vous des prothèses ?
  Lentilles oui ☐ non ☐
  Prothèse auditive oui ☐ non ☐
  Autre : ..... oui ☐ non ☐
- Présentez-vous des apnées durant votre sommeil ? oui ☐ non ☐
  Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui ☐ non ☐

Examens complémentaires déjà réalisés : .....

.....

11) Êtes-vous opposés à une transfusion en cas d'urgence ? oui ☐ non ☐
Si oui, motif : .....

STATUT TRANSFUSIONNEL

Avez-vous été transfusés ? oui ☐ non ☐
Si oui, à quelle(s) date(s) ? : .....
.....
Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ? oui ☐ non ☐

Signature du patient ou de son représentant

Statut viral :
Avez-vous eu une recherche des sérologies : de l'hépatite B ? oui ☐ non ☐
de l'hépatite C ? oui ☐ non ☐
VIH* ? oui ☐ non ☐

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH*, Hépatite B, Hépatite C.
Autorisez-vous le contrôle ? oui ☐ non ☐
Si non, motif : .....

Avez-vous pris de l'aspirine ou dérivé dans les 8 derniers jours ? oui ☐ non ☐

Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas dans ce questionnaire ?
.....
.....

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus, et avoir pris connaissance de l'information ci-dessous.

Information concernant la consultation d'anesthésie (SFAR – Janvier 2012)

• **Cas n°1 : la deuxième intervention** est prévue dans un délai de **moins d'un mois**. Il n'est pas nécessaire de refaire une consultation d'anesthésie, sauf évènement médical survenu dans l'intervalle. Dans ce cas, le patient doit reprendre contact avec l'anesthésiste-réanimateur au 04.42.08.73.25

• **Cas n°2 : la deuxième intervention** est prévue dans un délai **supérieur à un mois**. L'anesthésiste-réanimateur peut considérer utile de revoir ou de recontacter le patient.

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

* Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA

A COMPLETER PAR LE PATIENT

12. Questionnaire dentaire

- Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui ☐ non ☐
  - Partielle ☐ maxillaire supérieur ☐ maxillaire inférieur
  - Complète ☐ maxillaire supérieur ☐ maxillaire inférieur

- Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui ☐ non ☐
  Si oui, lesquelles ? ……

  ……

- Certaines de vos prothèses se descellent-elles souvent ? oui ☐ non ☐

- Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ? oui ☐ non ☐

- Êtes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ? oui ☐ non ☐

- Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? oui ☐ non ☐

- Portez-vous des prothèses provisoires ? oui ☐ non ☐

- Avez-vous en bouche un travail dentaire en cours (datant de moins d'un an) ? oui ☐ non ☐
  Si oui, de quel type et à quel endroit ? ……

  ……

  ……

- Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? oui ☐ non ☐

Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si votre dentition est fragile. Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste traitant afin d'évaluer ce risque et d'en informer le Médecin Anesthésiste.

Date, nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

CLINIQUE DE LA CIOTAT
ETABLISSEMENTS SAINTE-MARGUERITE

1er PIED : DROIT ☐ GAUCHE ☐
SUIVI ANESTHESIQUE PER INTERVENTIONNEL

Date : ..... / ..... / .....
Chirurgien : .....
MAR : .....
I.A.D.E : .....

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

Type d'intervention : .....

Heure induction : .....h..... **Heure incision** : .....h.....

Présence permanente de l'Anesthésiste ☐

Type d'anesthésie :

☐ AG ① ☐ MF ☐ ML ☐ INT | ☐ AL + Sédation ① ☐ Sédation ① | ☐ ALR ⑤ ☐ RA ③ ☐ APD ② ☐ Bloc Nerv ④ | ☐ KT PeriN ⑤ ☐ APB ⑤ ☐ Topique + Sédation ①

Ventilation : ☐ VS ☐ VC ☐ VPC ☐ N2O ☐ 02
☐ Circuit ouvert ☐ Circuit fermé ☐ Air
☐ Halogéné .....

Contrôle des voies aériennes : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ IOT ☐ INT sonde n°: ..... ☐ AD .....
☐ Masque laryngé n°: .....
☐ Autre : .....

Paramètres ventilation : .....
.....

Ventilation au masque : ☐ Facile ☐ Difficile

Intubation : ☐ Facile ☐ Difficile ☐ Cormack :
.....

Position opératoire : ☐ DD ☐ DLD ☐ DLG ☐ DV
☐ Autre : .....

Monitorage : ☐ SFAR* ☐ ECG ☐ PNI ☐ SPO2 ☐ Autre : .....
SFAR = ECG, PNI, SPO2, FIO2, ETCO2*

☐ **VVP** ..... ☐ D ☐ G ☐ **VVC** .....

Bloc nerveux périphérique	Nerf / Localisation				
Echo :	.....	.....	.....	.....	.....
Neuro Stimulateur :	.....	.....	.....	.....	.....
IMS :	.....	.....	.....	.....	.....
Aiguille :	.....	.....	.....	.....	.....
Produit :	.....	.....	.....	.....	.....
Quantité :	.....	.....	.....	.....	.....

Couverture chauffante : ☐ Oui ☐ Non **Protection yeux** : ☐ Oui ☐ Non **Réchauffeur de solutés** : ☐ Oui ☐ Non

☐ **Sonde gastrique : N°** .....

☐ **Sonde Vésicale : N°** .....

Sonde thermique : ☐ Oui ☐ Non

		H :						H :						H :						H :					
TA	220																								
Pouls																									
SaO2	200																								
EtCO2																									
T°	180																								
TOF																									
Garrot	160																								
Antibioprophylaxie	140																								
Molécule :																									
Dose :	120																								
Heure d'injection :																									
	100																								
	80																								
	60																								
	40																								
VV1																									
VV2																									
Diurèse																									
Pertes sanguines																									

Transfusion : ☐ Non ☐ Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Cell Saver : ☐ Non ☐ Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Evènements indésirables : ☐ Non ☐ Oui, si oui précisez : ……..……

……..……

Nom de naissance :
Nom marital :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

C L I N I Q U E D E L A C I O T A T
E T A B L I S S E M E N T S S A I N T E - M A R G U E R I T E

1er PIED
S U R V E I L L A N C E P O S T - I N T E R V E N T I O N N E L L E

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :
Etiquette patient

Date : / / 20

Nom Anesthésiste :

Type d'anesthésie :
☐ AG ① : ☐ MF ☐ ML ☐ INT
☐ AL + Sédation ① ☐ Sédation ①
☐ ALR ⑤ : ☐ RA ③ ☐ APD ② ☐ Bloc Nerv ④
☐ KT PeriN ⑤
☐ APB ⑤
☐ Topique + Sédation ①

Allergies :

	2	1	0
Motricité spontanée :	Bouge 4 membres	Bouge 2 membres	Immobile
Respiration :	Peut respirer profondément et tousser	Dyspnée, respiration superficielle, limitée	Apnée
Pression artérielle :	+/- 20mm Hg	+/- 50 mm Hg	Plus de 50 mm Hg
Etat de conscience :	Parfaitement réveillé	Se réveille à la demande	Ne répond pas aux ordres simples
Coloration :	Normale	Pâle, grisâtre marbré ictérique	Cyanosé
Saturation :	SpO2 > 92% à l'air ambiant	Nécessité d'un apport en O2 pour maintenir la SaO2 > 92%	SpO2 < 90% malgré l'apport d'O2

Identification IDE / AS															
Nom				**Nom**				**Nom**							
Initiales				**Initiales**				**Initiales**							
Visa				**Visa**				**Visa**							

CRITERES D'ALDRETE	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
Motricité spontanée															
Respiration															
Pression artérielle TA habituelle :															
Etat de conscience															
Coloration															
Saturation															
TOTAL															
Pouls															
Tension Artérielle															
02															
Fréquence respi.															
Température															
Pansement															
Drain 1															
Drain 2															
Drain 3															
Cell Saver															

Sonde nasogastrique															
Sonde à demeure															
Irrigation vésicale posée															
Irrigation vésicale vidée															
Diurèse															
Aspect des urines															
Mobilité	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Sensibilité	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Nausées Vomissements Post Op															
Hemocue / Saignements															
Hémoglucotest															
Voie Veineuse Périphérique 1															
Voie Veineuse Périphérique 2															
Voie Veineuse Centrale : ☐ Oui ☐ Non			KT Artériel : ☐ Oui ☐ Non			KT Périnerveux : ☐ Oui ☐ Non				Dispositif chauffant : ☐ Oui ☐ Non					
Perfusions / Injections															
Transfusions															
Examens (labo, ECG, etc..)															
Vessie de glace		Observations diverses :													
Patient porteur du bracelet d'identification : ☐ Oui ☐ Non, si non → repose du bracelet ☐															
EVA / EN / EVS															
Initiales de l'IDE															

Réservé Médecin

Incidents péri anesthésiques : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Score d'Aldrete : **EVA / EN / EVS de sortie** : **Heure de sortie** :	**Nom du Médecin responsable de la sortie**	**Signature du Médecin responsable de la sortie**	Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance : Age : *Etiquette patient*

CLINIQUE DE LA CIOTAT
ETABLISSEMENTS SAINTE-MARGUERITE

2ème PIED : DROIT ☐ GAUCHE ☐
SUIVI ANESTHESIQUE PER INTERVENTIONNEL

Date : ..... / ..... / .....
Chirurgien : .....
MAR : .....
I.A.D.E : .....

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

Type d'intervention : .....

Heure induction : .....h..... **Heure incision** : .....h.....

Présence permanente de l'Anesthésiste ☐

Type d'anesthésie :

☐ AG ① ☐ MF ☐ ML ☐ INT | ☐ AL + Sédation ① ☐ Sédation ① | ☐ ALR ⑤ ☐ RA ③ ☐ APD ② ☐ Bloc Nerv ④ | ☐ KT PeriN ⑤ ☐ APB ⑤ ☐ Topique + Sédation ①

Ventilation : ☐ VS ☐ VC ☐ VPC ☐ N2O ☐ 02
☐ Circuit ouvert ☐ Circuit fermé ☐ Air
☐ Halogéné .....

Contrôle des voies aériennes : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ IOT ☐ INT sonde n°: ..... ☐ AD .....
☐ Masque laryngé n°: .....
☐ Autre : .....

Paramètres ventilation : .....
.....

Ventilation au masque : ☐ Facile ☐ Difficile

Intubation : ☐ Facile ☐ Difficile ☐ Cormack :
.....

Position opératoire : ☐ DD ☐ DLD ☐ DLG ☐ DV
☐ Autre : .....

Monitorage : ☐ SFAR* ☐ ECG ☐ PNI ☐ SPO2 ☐ Autre : .....
SFAR = ECG, PNI, SPO2, FIO2, ETCO2*

☐ **VVP** ..... ☐ D ☐ G ☐ **VVC** .....

Bloc nerveux périphérique	Nerf / Localisation				
Echo :	.....	.....	.....	.....	.....
Neuro Stimulateur :	.....	.....	.....	.....	.....
IMS :	.....	.....	.....	.....	.....
Aiguille :	.....	.....	.....	.....	.....
Produit :	.....	.....	.....	.....	.....
Quantité :	.....	.....	.....	.....	.....

Couverture chauffante : ☐ Oui ☐ Non **Protection yeux** : ☐ Oui ☐ Non **Réchauffeur de solutés** : ☐ Oui ☐ Non

☐ **Sonde gastrique : N°** .....

☐ **Sonde Vésicale : N°** .....

Sonde thermique : ☐ Oui ☐ Non

		H :						H :						H :						H :					
TA	220																								
Pouls																									
SaO2	200																								
EtCO2																									
T°	180																								
TOF																									
Garrot	160																								
Antibioprophylaxie	140																								
Molécule :																									
Dose :	120																								
Heure d'injection :																									
	100																								
	80																								
	60																								
	40																								
VV1																									
VV2																									
Diurèse																									
Pertes sanguines																									

Transfusion : ☐ Non ☐ Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Cell Saver : ☐ Non ☐ Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Evènements indésirables : ☐ Non ☐ Oui, si oui précisez : ……..……

……..……

Nom de naissance :
Nom marital :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patient

C L I N I Q U E D E L A C I O T A T
E T A B L I S S E M E N T S S A I N T E - M A R G U E R I T E

2ème PIED
S U R V E I L L A N C E P O S T - I N T E R V E N T I O N N E L L E

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :
Etiquette patient

Date : / / 20

Nom Anesthésiste :

Type d'anesthésie :
☐ AG ① : ☐ MF ☐ ML ☐ INT
☐ AL + Sédation ① ☐ Sédation ①
☐ ALR ⑤ : ☐ RA ③ ☐ APD ② ☐ Bloc Nerv ④
☐ KT PeriN ⑤
☐ APB ⑤
☐ Topique + Sédation ①

Allergies :

	2	1	0
Motricité spontanée :	Bouge 4 membres	Bouge 2 membres	Immobile
Respiration :	Peut respirer profondément et tousser	Dyspnée, respiration superficielle, limitée	Apnée
Pression artérielle :	+/- 20mm Hg	+/- 50 mm Hg	Plus de 50 mm Hg
Etat de conscience :	Parfaitement réveillé	Se réveille à la demande	Ne répond pas aux ordres simples
Coloration :	Normale	Pâle, grisâtre marbré ictérique	Cyanosé
Saturation :	SpO2 > 92% à l'air ambiant	Nécessité d'un apport en O2 pour maintenir la SaO2 > 92%	SpO2 < 90% malgré l'apport d'O2

Identification IDE / AS															
Nom				**Nom**				**Nom**							
Initiales				**Initiales**				**Initiales**							
Visa				**Visa**				**Visa**							
CRITERES D'ALDRETE	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :	H :
Motricité spontanée															
Respiration															
Pression artérielle TA habituelle :															
Etat de conscience															
Coloration															
Saturation															
TOTAL															
Pouls															
Tension Artérielle															
02															
Fréquence respi.															
Température															
Pansement															
Drain 1															
Drain 2															
Drain 3															
Cell Saver															

Sonde nasogastrique															
Sonde à demeure															
Irrigation vésicale posée															
Irrigation vésicale vidée															
Diurèse															
Aspect des urines															
Mobilité	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Sensibilité	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Nausées Vomissements Post Op															
Hemocue / Saignements															
Hémoglucotest															
Voie Veineuse Périphérique 1															
Voie Veineuse Périphérique 2															
Voie Veineuse Centrale : ☐ Oui ☐ Non			KT Artériel : ☐ Oui ☐ Non			KT Périnerveux : ☐ Oui ☐ Non				Dispositif chauffant : ☐ Oui ☐ Non					
Perfusions / Injections															
Transfusions															
Examens (labo, ECG, etc..)															
Vessie de glace		Observations diverses :													
Patient porteur du bracelet d'identification : ☐ Oui ☐ Non, si non → repose du bracelet ☐															
EVA / EN / EVS															
Initiales de l'IDE															

Réservé Médecin

Incidents péri anesthésiques : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Score d'Aldrete : **EVA** / **EN** / **EVS de sortie** : **Heure de sortie** :	**Nom du Médecin responsable de la sortie**	**Signature du Médecin responsable de la sortie**	Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Date de naissance : Age : *Etiquette patient*

A COMPLETER PAR LE PATIENT

II. Autorisations du patient

1. Autorisations

Je, soussigné(e), autorise :

- L'anesthésie générale et/ou loco-régionale
- L'intervention chirurgicale
- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

PRINCIPE DE LAICITE : Conformément au principe de laïcité applicable au service hospitalier privé ou public, chaque patient est libre d'exprimer ses convictions religieuses dans les limites du respect de l'ordre public, mais aussi dans le respect :

- De la qualité et de la sécurité des soins
- Des règles d'hygiène
- De la tranquillité des autres patients
- Du bon fonctionnement du service

Aucune patiente (ou son entourage) ne pourra exiger une prise en charge par un Praticien ou un Personnel exclusivement féminin.

La patiente et/ou son entourage qui manifesterait un refus de soins par un praticien ou un personnel de sexe masculin, serait alors réorienté vers un autre établissement privé ou public de son choix et reconnaît en être informé.

Signature de la patiente ou de son représentant

Je, soussigné(e) .....

autorise ☐ **n'autorise pas** ☐

un étudiant (infirmier(e), aide-soignant(e)...) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.

Signature du patient ou de son représentant

2. Cas particuliers du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

Je, soussigné(e),

père[(1)]*,* *(nom et prénom à préciser)* .....

mère[(1)]*,* *(nom et prénom à préciser)* .....

tuteur[(1)]*,* *(nom et prénom à préciser)* .....

de l'enfant ou du majeur sous tutelle *(nom de naissance et prénom du patient à préciser)* .....

né(e) le ..... à .....

autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à anesthésier cet enfant (ou ce majeur sous tutelle), et le Docteur *(nom et prénom du médecin à préciser)* .....

à opérer et apporter tous les soins et traitements nécessaires à son état de santé.

Signature : père et mère ou tuteur[(1)] de l'enfant ou du majeur sous mesure de protection

(1) **La signature des deux parents est obligatoire lorsque l'autorité parentale est conjointe** (enfant né de parents mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les deux parents dans sa première année).
Rayer les mentions inutiles.

A COMPLETER PAR LE PATIENT

III. Engagement du patient hospitalisé

Je m'engage à prendre connaissance de l'intégralité des informations contenues dans le livret d'accueil qui me sera remis lors de la consultation pré-anesthésique.

Je m'engage à prendre connaissance des informations affichées dans le hall d'accueil et dans les couloirs, relatives en particulier aux consignes de sécurité et aux informations destinées aux patients.

Je m'engage à remettre lors de mon arrivée à l'infirmier(e) du service l'ensemble des médicaments en ma possession, à ne me faire amener aucun médicament de l'extérieur durant mon hospitalisation.

Je m'engage à ne pas apporter d'objets de valeur (argent, bijoux, chéquiers, cartes bancaires…) et dégage la responsabilité de la Clinique en cas de perte ou de vol des objets qui n'auront pas été placés dans le coffre mis à la disposition des patients.

Je m'engage à assurer une présence permanente au chevet de mon enfant de moins de 12 ans hospitalisé.

Je m'engage à régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, correspondant :

- Au forfait journalier hospitalier
- Au montant du ticket modérateur (si pas de prise en charge à 100%)
- A la totalité des frais d'hospitalisation si je ne bénéficie d'aucune prise en charge
- Au complément pour honoraires libres ou fixés par le Praticien

Je m'engage à régler une participation forfaitaire de 18 €, destinée aux organismes d'Assurance Maladie selon le décret 707 du 19 juin 2006 article 1er.

Je m'engage à régler les frais des prestations supplémentaires que je demanderai lors de mon admission selon les tarifs en vigueur (téléphone, télévision, chambre particulière…)

J'atteste avoir été informé(e) que les chambres particulières ne sont attribuées que le jour de l'admission en fonction des disponibilités.

Je m'engage à verser, le jour de mon admission, une caution / garantie globale de 350 € (*excepté pour une admission en Unité de Chirurgie Ambulatoire)*.
Cette caution / garantie vous sera restituée par courrier, après le solde intégral de votre dossier (remboursement de l'établissement par la Sécurité Sociale et votre Mutuelle) sous 30 jours minimum.

Je m'engage à régler la majoration forfaitaire de 15 € qui sera appliquée à toute facture dont le règlement, s'il demeure à ma charge, n'est pas intervenu dans un délai d'un mois après la date de ma sortie.

En raison du nombre croissant d'impayés, aucune exception ne pourra être faite compte tenu de ces informations.

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant
(précédée de la mention *« lu et approuvé »*)

A COMPLETER PAR LE PATIENT

IV. Désignations/Autorisations administratives et médicales

*Loi N°2202/303 du 4 mars 2002 relative aux **droits des malades et à la qualité du système de santé)***

1. Personnes à prévenir

J'autorise l'Établissement à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom : .....
Lien avec le patient :	Lien avec le patient : .....
Tél. :	Tél. : .....
Portable :	Portable : .....

2. Transmissions des informations de santé à des proches

J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

l'Etablissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées.

Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom : .....
Lien avec le patient :	Lien avec le patient : .....
Tél. :	Tél. : .....
Portable :	Portable : .....

J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

En qualité de patient hospitalisé mineur, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, **je n'autorise pas** ☐ que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

Nom de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur

3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé

Je demande ☐ Je refuse ☐

que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

Nom et prénom du Médecin traitant :	Nom et prénom du Médecin désigné :
.....	.....
Adresse :	Adresse : .....
.....	.....
Tél. :	Tél. : .....

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

A COMPLETER PAR LE PATIENT

4. Désignation de la personne de confiance

Important : *En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.*

Je, soussigné(e) .....

☐ **souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom de naissance : .....
(de la personne de confiance)
Nom d'usage : .....
Prénom(s) : .....
Date et lieu de naissance: .....
.....

Adresse : .....
.....
.....
Téléphone : .....
Portable : .....

- Cette personne, légalement capable, est : ☐ Un proche ☐ Un parent ☐ Mon Médecin traitant
- Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui ☐ non ☐

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

Réservé à la personne de confiance :

Je, soussigné(e) .....
certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.
Fait à .....
Le .....

Signature de la personne de confiance

☐ **souhaite ne pas désigner une personne de confiance :** je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

5. Directives anticipées

Avez-vous rédigé des directives anticipées *(article L.1111-11 du Code de la Santé Publique)* **?** ☐ OUI ☐ NON
Si oui, il est important de communiquer vos directives anticipées à l'équipe soignante qui les intégrera dans votre dossier patient.
Si non, et si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées, vous pouvez en faire la demande auprès de l'équipe soignante lors de votre hospitalisation.

6. Demande de non divulgation de présence

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre Clinique, pour cela il vous suffit d'en faire la demande en complétant les informations ci-dessous et d'en faire part à votre praticien ou à l'accueil de notre établissement.

Je, soussigné(e) .....

Signature du patient ou de son représentant

☐ **souhaite ne pas divulguer ma présence au sein de votre Clinique et conserver mon anonymat.**

1. La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

La prévention des infections nosocomiales en chirurgie commence au domicile ou à la Clinique la veille au soir de l'opération par des mesures du domaine de l'hygiène de base que sont la douche ou la toilette corporelle, le shampooing et le brossage des dents… et se poursuivra tout au long de l'hospitalisation avec une attention particulière le jour de l'opération.

Le Saviez-vous ?

Le corps humain contient 10 fois plus de germes que de cellules…
Même saine, la peau et les muqueuses (nez, bouches, tube digestif, parties génitales…) sont largement colonisées par des microorganismes(1) plus connus sous le nom de microbes.

La préparation de la peau avant une opération chirurgicale est essentielle pour prévenir le risque d'infection nosocomiale du site opératoire puisqu'elle permet de nettoyer la peau et d'abaisser le nombre de microorganismes(1) (microbes) présents sur la peau afin qu'ils ne pénètrent pas dans le corps par l'incision chirurgicale.

Cette préparation s'effectue en plusieurs étapes, la douche préopératoire en est la première.

Les experts hygiénistes(2) recommandent deux douches, une la veille de l'opération (cheveux compris) et une le jour de l'intervention.

La douche peut être effectuée avec le savon ou le gel douche de la maison, la veille de l'intervention. Le shampooing peut être réalisé avec un shampooing ordinaire.

Le jour de l'intervention vous prendrez une douche 2 heures avant l'intervention.

Cette douche préopératoire sera suivie au niveau du bloc opératoire d'une détersion(3) du site opératoire avec un savon antiseptique(4). Cette détersion permet d'éliminer la flore microbienne transitoire de la peau et de diminuer de manière importante et ponctuelle la flore permanente de la peau.

Microorganisme *(1)* ***= organisme microscopique*** *= terme générique utilisé pour définir des particules biologiques (bactéries, virus, champignons, parasites…) capables de se multiplier selon des critères variables de température, d'humidité, de substrats présents.*
Experts hygiénistes *(2) = regroupement de sociétés savantes et de professionnels de l'hygiène autour de « gestion préopératoire du risque infectieux ». Conférence de consensus sur ce thème – Paris 05 mars 2004.*
Détersion *(3) = nettoyage de la peau avec un savon antiseptique.*
Antiseptique *(4) = produit ou procédé utilisé pour l'antisepsie dans des conditions définies /* ***Antisepsie*** *= opération au résultat momentané permettant, au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus, en fonction des objectifs fixés.*

Au domicile comme à la Clinique, la douche s'accompagne :

- d'un brossage des dents ou d'un soin de bouche (appareil dentaire)
- de linge de toilette propre : gant propre, serviette d'essuyage propre

Pour rester propre après la douche :

- d'un pyjama ou d'une chemise de nuit propre (la veille au soir de l'opération)
- de sous-vêtements et habits propres (pour se rendre à la Clinique)
- d'une chemise d'opéré propre (le jour de l'opération en service de soins)

Enfin, la literie doit aussi être propre (draps, taie d'oreiller changés pour l'occasion).

Recommandations pratiques qui rendent la douche préopératoire efficace

- **Patient adulte dépendant** : les proches et le personnel soignant apportent aide et assistance.
- **Enfants** : les proches apportent aide et assistance.
- **Patient autonome** : il procède lui-même à la réalisation de ses douches.

Pour une douche préopératoire efficace, vous devez :

- **ôter le maquillage et le vernis à ongles, les faux ongles** (les ongles doivent être courts et nets).
- retirer vos bijoux, piercing compris.
- vous mouiller l'ensemble du corps, des cheveux jusqu'aux pieds.
- vous savonner à mains nues ou avec un gant propre, de haut en bas (à l'exception des yeux)

Cheveux
⇩
Visage et cou
Insister sur le nez, les oreilles
⇩
Thorax et membres supérieurs
Insister sur les aisselles
⇩
Abdomen
Insister sur le nombril, la région des organes génitaux, le pli inter-fessier
⇩
Membres inférieurs
Insister sur les pieds et entre les orteils

- vous rincer abondamment et soigneusement de haut en bas
- renouveler une fois encore l'opération de lavage en insistant sur les mêmes parties du corps
- vous essuyer avec une serviette propre
- vous vêtir avec du linge propre

Attention, le rasage de la zone opératoire avec un rasoir mécanique est fortement déconseillé.

2. Consignes générales avant toute intervention chirurgicale

Concernant l'anesthésie

Si votre état de santé se modifiait entre votre consultation pré-anesthésique et votre admission (changement de traitement, état fébrile ou infectieux, grossesse), prévenez au plus tôt votre Praticien ou la surveillante générale en téléphonant au standard de la Clinique (numéro de téléphone en page de garde du présent livret).
Pensez à retirer vos verres ou lentilles de contact ; si vous portez une prothèse dentaire, munissez-vous d'une boîte de rangement, car vous devrez retirer votre prothèse avant de vous rendre au bloc opératoire.
Présentez-vous sans maquillage, sans vernis à ongles, ni faux ongles, sans bijoux ni piercings.

Avant l'anesthésie

Vous devez être **à jeun**
(ni boire, ni manger, ni mâcher de chewing-gum, ni sucette pour les enfants)
durant les 6 heures qui précèdent l'heure prévue pour votre anesthésie.

De plus, il est strictement **interdit de consommer de l'alcool et/ou de fumer (y compris cigarette électronique) durant les 12 heures qui précèdent votre admission.**

3. Consignes spécifiques à suivre concernant la chirurgie ambulatoire et l'endoscopie

(fibroscopie, coloscopie, gastroscopie, bronchoscopie)

Vous allez être admis en Unité de Chirurgie Ambulatoire pour un acte chirurgical ou pour un examen endoscopique ; votre retour à domicile est donc prévu le jour même.
Nous vous demandons de bien vouloir respecter, d'une part les consignes générales avant toute intervention, et d'autre part les quelques recommandations suivantes, indispensables au bon déroulement de votre séjour :

Après l'anesthésie

Pour votre sécurité, à la sortie du bloc opératoire, vous allez transiter par une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil).
Une collation vous sera proposée dans l'établissement avant votre départ.
Evitez de prendre toutes décisions importantes dans les 48 heures qui suivent l'anesthésie.

Déplacements

Il est indispensable que vous soyez accompagné(e) par une personne.
Pour un enfant, nous vous recommandons la présence de deux adultes pour faciliter le retour en voiture au domicile

Prévoyez impérativement :

- d'être raccompagné(e) par un proche en voiture à votre domicile
- qu'un membre de votre famille ou un proche reste auprès de vous pendant 24 heures
- un repos d'une journée ou d'une durée déterminée par votre Praticien

Enfin, malgré la simplicité de l'examen ou de l'intervention, une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue. Toutes ces mesures sont prévues pour votre confort, mais aussi pour votre sécurité. Elles sont indispensables et doivent donc être scrupuleusement respectées.

4. Prévention des chutes

Après toute intervention chirurgicale, le risque de chute s'accroît.
Il vous est fortement conseillé de réaliser votre premier lever accompagné d'un personnel paramédical. Des sonnettes sont à votre disposition pour faire appel à ce personnel.

A SIGNER PAR LE PATIENT

VI. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret

Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :

- *des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (pages 4 à 6)*
- *des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 6)*
- *des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (page 6)*
- *des informations concernant l'interdiction de fumer (page 6)*
- *des documents à apporter en vue de la consultation pré-anesthésique (page 7)*
- *des informations relatives à l'anesthésie (pages 12 et 13)*
- *des informations relatives à la douche préopératoire dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (page 30)*
- *des informations générales avant toute intervention chirurgicale, des informations spécifiques relatives à la chirurgie ambulatoire et à l'endoscopie (fibroscopie/ coloscopie…) et des informations données sur la prévention des chutes (page 31)*

Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant

LA Nouvelle CLINIQUE DE LA CIOTAT

La Direction, le Personnel et l'Équipe médicale
vous remercient du temps consacré à la prise de connaissance
des nombreuses informations de ce livret,
indispensable à votre prise en charge dans notre établissement,
conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

V.06