

PASSEPORT ADMISSION



HOSPITALISATION

AMBULATOIRE

CENTRE D'EXPLORATION
DIGESTIVE

FAST TRACKING

NOM DE NAISSANCE :

NOM USUEL :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

DOCTEUR :

INTERVENTION LE : | | | | |

ENTREE A LA CLINIQUE PREVUE LE : | | | | |

MOTIF D'INTERVENTION :

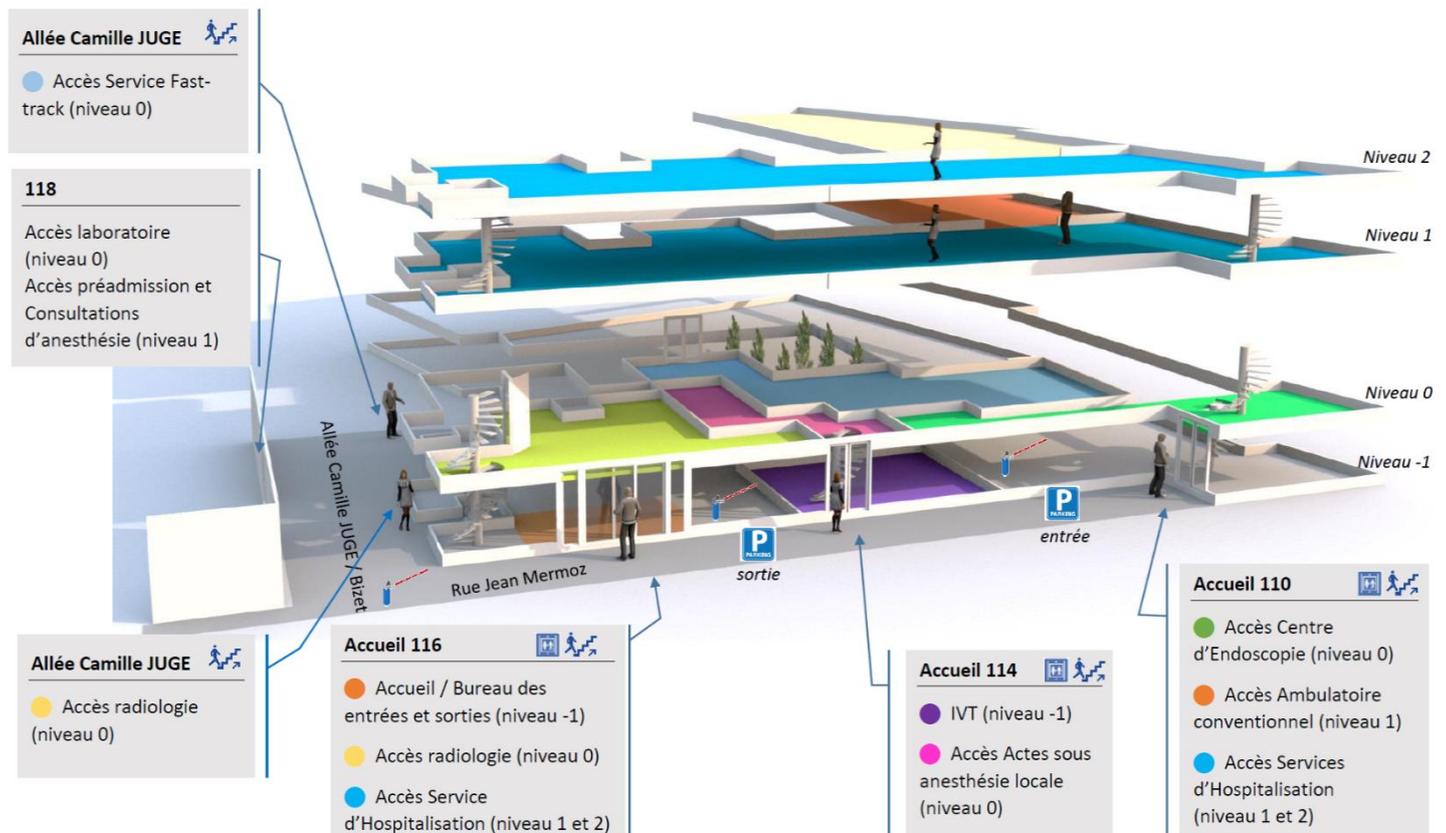
ACCES A LA CLINIQUE JUGE

EN VOITURE :

- **De l'autoroute A51**, prendre le tunnel Prado Carénage puis la sortie Sainte-Marguerite/Mazargues/Menpenti. Puis prendre l'allée Turcat Méry, prendre à gauche sur l'Avenue du Prado et prendre à droite la Rue Jean Mermoz.
- **De l'autoroute A50**, prendre la première sortie du le Boulevard Vincent Delpuech, tourner à gauche pour prendre l'Avenue Jules Cantini. Prendre ensuite à droite Rue Louis Rège, continuer sur l'Allée Turcat Méry, prendre à gauche sur l'Avenue du Prado et prendre à droit la Rue Jean Mermoz.

EN TRANSPORTS :

- **Métro 2** - Arrêts : Rond-Point du Prado ou Périer
- **Bus 86** - Arrêt : Clinique Juge
- **Bus 41** - Arrêts : Paradis Rivet ou Paradis d'Urville
- **Bus 19, 19B, 21** - Arrêt : Prado Rodocanachi
- **Bus 21** - Arrêt : Rond-Point du Prado



Vous pouvez prendre rendez-vous avec les anesthésistes en ligne sur le site de la clinique :

www.clinique-juge.com (rubrique, « Prendre un rendez-vous »)

Madame, Monsieur,



Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de notre établissement. Les praticiens, l'ensemble du personnel et la direction vous remercient de votre confiance.

Vous devrez lire et **compléter les différents documents composants ce passeport** ; ils vous renseigneront sur toutes les modalités à connaître ; également indispensables pour votre admission au sein de notre établissement.

Il est essentiel de ramener ce livret lors de votre **consultation préanesthésique obligatoire** avant toute intervention ou acte sous anesthésie. Elle doit être réalisée au plus tôt et au maximum 48h avant l'intervention.

Nous souhaitons que ce dossier contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins qui vous seront dispensés. Le parcours de soins vous sera proposé dès l'entrée en Clinique par l'équipe soignante, votre participation à la construction de ce dernier est très importante.

Un forfait hospitalier vous sera demandé selon la réglementation et les tarifs en vigueur lors de votre pré-admission.

Veillez-vous présenter à votre consultation préanesthésique avec :

1. Ce **passeport renseigné et signé**.
2. Vos documents administratifs :
 - Pièce d'identité** (Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour)
Sans cette pièce justificative nous pourrions annuler l'intervention
 - Carte vitale**
 - Carte **mutuelle** ou une attestation CMU
 - Un **moyen de paiement** (chéquier, espèces, carte bancaire)
3. **Vos résultats d'exams** les plus récents demandés par l'anesthésiste : bilan sanguin, radiographie, échographie, IRM, scanner, bilan cardiologique.

Attention, tous les examens préopératoires demandés doivent être réalisés AVANT le jour de l'hospitalisation.

4. Vos **ordonnances** de vos traitements en cours.

RENSEIGNEMENTS

ADMINISTRATIFS

Identité patient et tutelle (le cas échéant)



Nom de votre médecin traitant :

Cas de mesure de protection civile ou majeur protégé : IDENTITE DU TUTEUR

NOM DE NAISSANCE :

NOM USUEL :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Téléphone :

Présentation de la décision de justice

Signature obligatoire du Tuteur sur les pages 5,6,7,9,14



Afin de limiter les risques liés à votre identification lors de votre prise en charge nous souhaitons **scanner/photocopier votre titre d'identité** dans notre logiciel de dossier patient accessible à tous les professionnels de votre prise en charge, conservé 20 ans.

Je suis d'accord

Je refuse

Afin de permettre l'amélioration continue de nos prises en charge, autorisez-vous l'établissement à réaliser une enquête satisfaction via Merci Docteur et la HAS dans le cadre de l'enquête nationale E-Satis :

Je suis d'accord

Je refuse

Adresse mail :

Dans le cadre de votre parcours de soin nous collectons vos données personnelles afin de pouvoir coordonner votre prise en charge médicale, soignante et administratives avec les différents acteurs de santé ; dans le respect du code de santé publique et du code de sécurité sociale. Pour exercer vos droits et/ou retrait de consentement en lien avec la protection de vos données personnelles vous pouvez vous adresser à dpo.groupe@almaviva-sante.com

PREPARATION CUTANEE PRE-OPERATOIRE

La douche pré-opératoire au savon antiseptique est un véritable soin

Il est nécessaire de réaliser une douche au plus près de l'intervention.

Voici comment procéder :

- **Mouiller soigneusement l'ensemble du corps, les cheveux compris.**
- Frotter la tête et les cheveux avec le savon antiseptique prescrit, ne pas rincer.
- Savonner le corps et les bras en insistant sur les aisselles et le nombril, ne pas rincer.
- Continuer le savonnage de la région génitale et des jambes en insistant sur le pli interfessier et les orteils.
- Rincer abondamment du haut de la tête au bas du corps.
- Renouveler ce savonnage une seconde fois en respectant les mêmes étapes.
- Rincer à nouveau abondamment.
- **Se sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres.**



**INTERDICTION ABSOLUE D'UTILISER UN RASOIR
MECANIQUE A LAME METALLIQUE
(TYPE BIC)**

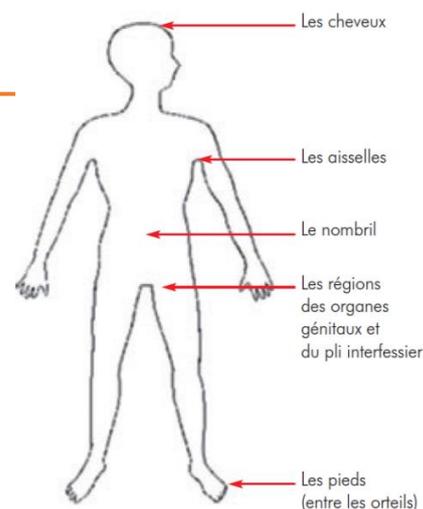
Vous ne devez en aucun cas vous raser le site opératoire. Si vous vous êtes rasé, votre intervention sera reportée.

Seule la dépilation à la crème dépilatoire et à la cire est autorisée si elle est effectuée 1 semaine avant l'intervention.

Attention aux réactions allergiques si vous utilisez la cire pour la première fois.

Dans le cas où vous ne pouvez prendre en charge votre dépilation, elle sera réalisée par l'équipe soignante avec une tondeuse.

Pour les personnes ayant l'habitude de se servir d'un rasoir dans un but esthétique, ne plus l'utiliser **8 JOURS AVANT L'INTERVENTION** (les microlésions représentent un risque infectieux majeur lors du geste chirurgical).



Nous vous demandons d'entrer en clinique

- **Avec des ongles des mains et des pieds coupés, brossés et sans vernis à ongles même incolore.**
- **RETIRER LE VERNIS 48H AVANT L'INTERVENTION.**
- **SANS BIJOUX, SANS PIERCINGS, SANS MAQUILLAGE**
- **Avec les dents brossées**

CONSENTEMENT ECLAIRE

Ce document a pour but de recueillir votre accord pour la réalisation des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques vous concernant. Il ne constitue en aucun cas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.

Radiographie et rayons X : Dans le cadre de votre prise en charge, vous êtes susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants. En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes telles que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que le temps d'exposition aux rayons. Compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée, ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel.

Pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

Je soussigné(e) **M.../Mme.....**, reconnais avoir reçu de manière simple, loyale et intelligible, de la part des professionnels médicaux, lors des consultations toutes les informations préalables concernant :



- ✓ Le **risque infectieux** éventuel lié à une hospitalisation.
- ✓ Le type d'hospitalisation (**complète ou ambulatoire**).
- Si concerné par un acte chirurgical et anesthésique :
- ✓ Les **bénéfices et les risques** de toute intervention chirurgicale, endoscopique, interventionnelle et les risques spécifiques de mon intervention ;
- ✓ Les bénéfices et les risques des différents modes d'anesthésie.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de mon intervention, les praticiens peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.



J'autorise l'équipe médicale et paramédicale à pratiquer les actes diagnostiques ou thérapeutiques qu'ils estimeraient nécessaires.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	---------------------------------



J'autorise les médecins à faire pratiquer des analyses sanguines .	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------



<i>si concerné(e)s</i> J'accepte d'être hospitalisé(e) en service ambulatoire et rentrer le jour même chez moi accompagné(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	---------------------------------

Fait le _____ à _____

Signature (Patient ou Tuteur) :



CONSENTEMENT ECLAIRE

A LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR

Lorsque le patient est mineur, compte tenu de son incapacité juridique, des règles spécifiques s'appliquent.

- **La décision** d'un soin, d'un traitement ou de toute intervention chirurgicale **appartient aux 2 titulaires de l'autorité parentale**. **La séparation des parents** est sans incidence sur les règles relatives l'exercice de l'autorité parentale (article 373-2 du code civil).



- **Pour la préadmission**, il est nécessaire d'avoir le **livret de famille** (ou autre document juridique) et la **pièce d'identité des 2** titulaires de l'autorité parentale (*CNI, passeport ou carte de séjour*).



- **Pour l'admission**, il est nécessaire d'avoir le **carnet de santé** du mineur et le justificatif que le parent accompagnant est le parent avec l'autorisation parentale (ex : livret de famille ou autre document juridique).



- **Si 1 seul des parents exerce l'autorité parentale**. Vous devrez apporter les éléments justificatifs suivants :
 - ✓ La **décision de justice** accordant expressément au parent l'autorité parentale, ou
 - ✓ Le livret de famille (*ex : en cas de décès de l'un des parents*).

En cas d'absence des documents justificatifs l'intervention pourra être refusée.

Le mineur doit être informé des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de ses facultés de compréhension. De même, son consentement aux soins doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Autorité parentale 1	Autorité parentale 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Adresse :	Adresse :
Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de :	
Nom du mineur :Prénom du mineur :	
Date de naissance du mineur :	
Donne son accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont le mineur devra bénéficier au cours de son hospitalisation :	Donne son accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont le mineur devra bénéficier au cours de son hospitalisation :
Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
Fait le : Signature :	Fait le : Signature :
	

DESIGNATION DE VOTRE PERSONNE A PREVENIR & PERSONNE DE CONFIANCE

La personne à prévenir : Tout patient **doit** désigner une ou des personnes à prévenir au cours de sa prise en charge.

Rôles et missions :

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en **cas d'événement(s) particulier(s)** au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif. *Exemples : Transfert vers un autre établissement de santé, sortie de l'établissement etc.*

NOM : _____ PRENOM : _____
NUMERO DE TELEPHONE : _____ LIEN AVEC LE PATIENT : _____

La personne de confiance : Tout patient **peut** désigner une personne de confiance au cours de sa prise en charge.

Quel est son rôle ?

Accompagnement et présence aux entretiens médicaux ; aide à la prise de décision ; relai entre le patient et les soignants.

Elle sera consultée dans le cas où le patient serait hors état d'exprimer sa volonté ou de recevoir des informations.

Qui est-elle ?



→ Un proche
→ Un parent
→ Votre médecin traitant

Votre médecin traitant

Quand la désigner ?

À tout moment sur votre Espace Numérique en Santé ou **auprès de votre équipe soignante**

Pas de limitation de durée.

Révocable à tout moment.

Je souhaite désigner une personne de confiance : OUI NON

Je soussigné(e) :

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nomme la personne de confiance suivante

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

Email : _____ Lien avec le patient : _____

Je lui ai fait part de mes directives anticipées : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Fait le _____

A _____

Signature (Patient ou Tuteur) :

Signature de la personne de confiance :



LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit pour vous, d'exprimer par écrit vos volontés sur les décisions médicales à prendre si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements ou actes médicaux.

1. Comment ça marche ?



Est-ce obligatoire de les rédiger ?

Non, toute personne majeure **peut** rédiger des directives anticipées.



Quand les écrire ?

Quand vous le souhaitez. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de durée de temps.



Où et comment les rédiger ?

Vous pouvez les rédiger à partir des formulaires que notre établissement vous propose ou sur un papier libre.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?



Votre médecin

Personne de confiance, proche, famille

A qui demander des conseils ?

Associations de patients



Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pensez à communiquer l'existence de vos directives anticipées

A qui les communiquer ?

Médecin

Personne de confiance

Proches, famille

3. Et après, où les conserver ?

Voici nos conseils :



1 exemplaire pour vous

1 exemplaire dans votre dossier médical

1 exemplaire chez votre personne de confiance / votre famille / un proche

Validité des directives anticipées :

Le document doit être :

- Ecrit
- Daté
- Signé



INFORMATION SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document 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 pouvez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte 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, etc....) en supprimant ou en atténuant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- **L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.
- **L'anesthésie locorégionale** permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.
- La **rachianesthésie** et l'anesthésie **péridurale** sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour **un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance**, et vous reverrez l'anesthésiste avant votre intervention.

Comme l'anesthésie, les consultations sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. **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 pratiquera l'anesthésie.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quel que 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** (salle de réveil) pour y être surveillé (e) de manière continue avant de regagner votre chambre. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post interventionnelle, vous serez pris (e) en charge par **un personnel infirmier spécialisé et qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.**

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier ; toutefois, une anesthésie, même conduite 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 la survenue d'anomalies et de les traiter.**

Les complications graves de l'anesthésie (cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses) sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies **d'événements désagréables**. Ces risques et inconvénients ne surviennent pas systématiquement. Ils sont aussi fonction de votre propre sensibilité, de votre état de santé, de la durée et du mode d'anesthésie.

Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie générale ?

Tous les symptômes cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à les signaler le plus rapidement possible :

- Il vous sera demandé **de respecter un jeûne et d'arrêter le tabac avant l'anesthésie** ; c'est une question de sécurité. Le jeûne permet d'éviter les accidents graves de passage de vomissement dans les poumons. Ces instructions sont donc impératives à respecter.
- Des **nausées et des vomissements** peuvent survenir au réveil.
- Une **rougeur douloureuse au niveau de la veine** dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
- 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** ou un enrouement au réveil.
- Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de **signaler toute prothèse** ou toute fragilité dentaire particulière.
- 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 temporaire d'un bras ou d'une jambe.

- Après une anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des **troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration** peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

Quels sont les inconvénients et les risques propres aux anesthésies locorégionales ?

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer **incomplète et nécessiter un complément** d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes **consignes de jeûne que pour une anesthésie générale**.

Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, **des complications respiratoires sont possibles. Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares** : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche. Comme pour les anesthésies générales, des nausées, des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

L'anesthésie de l'œil peut entraîner des effets indésirables spécifiques, tels qu'une diplopie (le fait de voir double) ou, plus rarement, une plaie oculaire. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter.

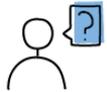
Les complications graves mais rares liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes mais, selon les connaissances actuelles de la science, aucune technique ne paraît statistiquement plus risquée que l'autre.

Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques. Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut vous présenter les choix qui s'offrent à vous en fonction de votre cas individuel, toujours particulier.

INFORMATIONS RELATIVES A LA TRANSFUSION AU COURS DE L'HOSPITALISATION

A quoi sert une transfusion ?

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.



Les globules rouges :

- Ils transportent de l'oxygène vers les tissus.
- Leur transfusion est notamment nécessaire en cas d'anémie importante.

Le plasma :

- Il permet la coagulation du sang.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes :

- Elles sont indispensables à la formation d'un caillot.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs :

- Ils contribuent à la défense contre l'infection.
- Leur transfusion est nécessaire lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, vous devez être informé sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que sur les examens à réaliser avant et après celle-ci. Le médecin qui prescrira cette transfusion vous en informera.



Consentement

Si vous devez être transfusé lors de votre séjour, **nous vous remettons un document d'information et un formulaire de consentement** concernant la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin.

Cas particulier

Lors d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez anesthésié.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de transfusion pensez à l'indiquer dans vos **directives anticipées** (droit du patient) et le signaler à votre équipe soignante.

Les risques de la transfusion

Des réactions peuvent survenir pendant et après la transfusion. *Exemple : urticaire, frissons, fièvre sans cause infectieuse.*

Les autres risques sont liés aux groupes sanguins et donc limités par nos mesures barrières :

- Votre **identité est vérifiée** tout au long de votre prise en charge,
- Votre **groupe sanguin est vérifié** à l'admission et avant toute transfusion,
- Nous réalisons différents **examens sérologiques** sanguins avant la transfusion programmée.



INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE DE MEDICAMENTS AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables :

- Lorsque sa concentration est trop importante dans votre organisme
- Lorsque vous réagissez anormalement en sa présence
- En cas d'erreur d'utilisation d'un médicament

C'est pourquoi il est important de respecter les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante et de ne pas modifier vous-même votre traitement, ni de prendre un autre médicament sans demander leur avis.

L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite notamment pour éviter tout risque de surdosage.

Les signes les plus fréquemment observés d'effets indésirables sont :

- Une somnolence
- Une fatigue inhabituelle
- Des vertiges ou même une chute
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- Des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- Des saignements.

A votre arrivée, votre traitement personnel médicamenteux sera mis en sécurité par le personnel soignant conformément au protocole de l'établissement. Il vous sera restitué à la sortie avec votre nouvelle ordonnance.

Afin de diminuer le risque d'effets indésirables :

- Vous devez emporter avec vous vos ordonnances (généraliste et spécialiste) !
- Vous devez informer le médecin et l'équipe soignante de tous les médicaments que vous prenez habituellement ou épisodiquement qu'ils soient ou non sur ordonnance (les collyres, les pommades, les compléments alimentaires...)
- Vous ne devez pas prendre de médicaments sans avis médical, même s'ils sont vendus en ville sans ordonnance
- Vous devez respecter scrupuleusement les instructions données par le médecin ou l'équipe soignante (les quantités prescrites, les heures de prise, ...)
- Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

Vous pouvez demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante

Les médicaments les plus à risque sont :

- Les anticoagulants oraux
- Les médicaments du diabète
- Les médicaments des affections cardiaques et vasculaires
- Tous les anti-inflammatoires, même ceux utilisés contre la douleur
- Les tranquillisants et les somnifères



ACCORD POUR ANESTHESIE ET TRANSFUSION DE SANG

Au cours de la consultation d'anesthésie du/..... /..... avec le Docteur :

- J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.
- J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.
- J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.
- J'estime avoir été suffisamment informé(e) du risque transfusionnel.
- J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur : OUI NON

Nom : Fait à Le

Signature (Patient ou Tuteur) précédée de la mention « lu et approuvé » :



Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

QUESTIONNAIRE SUR L'ANESTHESIE

Merci de le compléter avant votre consultation

Poids :Kg Taille : cm Si femme : enceinte Oui Non Ne sait pas

Avez-vous maigri récemment ? Si oui : kg en mois, volontairement ? Oui Non

Avez-vous un traitement habituel ou êtes-vous sous traitement personnel ? Oui Non

Si oui, précisez :

Cochez ce qui vous semble correspondre à votre cas ou à ce que vous avez eu dans le passé.

DANS VOTRE FAMILLE : un de vos proches a-t-il été soigné pour :

- Diabète Infarctus Embolie pulmonaire Asthme Phlébite Allergie Porphyrie Hémophilie
 Creutzfeld-Jacob Maladie musculaire Maladie neurologique

Une autre maladie grave :

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?

- À des médicaments en particulier ? Si oui, lesquels :
- Aux antibiotiques ? Si oui, lesquels ?
- À un produit de contraste de radiologie ? Si oui, lesquels :

Iode Latex Sparadrap Métaux Fruits à coque Pollens
Graminées Poussière Abeille Autres :

Cela se présente comme : Réaction cutanée Réaction oculaire Choc anaphylactique
Crise d'asthme Œdème de Quincke Rhinite

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ? Non Si oui, lesquels :

Pour quelles interventions ? (**Précisez la date**)

.....
.....
.....
.....

Avez-vous présenté des problèmes et/ou complications ? Non Si oui, lesquels :

Hémorragie Nausée Vomissement Autres

Avez-vous eu une anesthésie générale ? Oui Non L'avez-vous bien supportée ? Oui Non

Avez-vous eu une anesthésie péridurale ? Oui Non L'avez-vous bien supportée ? Oui Non

Avez-vous eu une anesthésie locale ? Oui Non

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? Non Oui Année :

PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES	OUI	NON	Spécifiez
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitations, troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angine de poitrine ou infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Œdème pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Œdème membres inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phlébites ou Périphlébites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie des artères (ex : artérite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervention cardiaque (laquelle ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES RESPIRATOIRES	OUI	NON	Spécifiez
Asthme (+ date dernière crise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculose (+date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pleurésie ou Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronchoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apnées du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Convulsions ou Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spasmophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervention neurologique (+ date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Myasthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES OPHTALMOLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Glaucome, forte myopie, greffe ou autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES DIGESTIFS	OUI	NON	Spécifiez
Fibroskopie ou coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hernie hiatale ou œsophagite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrite ou ulcère d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite, jaunisse ou cirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calculs dans la vésicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémorragie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie de Crohn ou rectocolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLÈMES URINAIRES	OUI	NON	Spécifiez
Infections urinaires ou cystite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pyélonéphrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES ENDOCRINO- MÉTABOLIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Diabète (+ type et début de traitement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hyper cholestérol, triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thyroïde : hypo ou hyper ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous pris du poids, ou maigri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hyper uricémie, crise de goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES HÉMATOLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de rate ou ganglions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hormones de croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémophilie ou maladie de Willebrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	