

PASSEPORT ADMISSION



Livret d'accueil

Docteur :

Intervention le : Entrée à la clinique prévue le :

Motif d'intervention :

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 dispensées. 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 préadmission.

Veuillez-vous présenter à votre consultation préanesthésique avec :

1. Ce **passeport renseigné et signé sur les pages numérotées (1, 2, 3, 4, 6)**
2. Vos documents administratifs :
 - ☐ **Pièce d'identité** (Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour)
 - ☐ **Carte vitale**
 - ☐ Carte **mutuelle** ou une attestation CMU
 - ☐ Un **moyen de paiement** (chéquier, espèces, carte bancaire)
3. **Vos résultats d'examens** 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.

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identité patient et tutelle (le cas échéant)

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

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

NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL :

PRENOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

Téléphone¹ :/...../...../...../..... ☐ **Présentation de la décision de justice**

Conformément à la réglementation, nous vous informons que le numéro de téléphone ne sera utilisé que dans le seul cadre du parcours patient.

IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM DE NAISSANCE : NOM USUEL :

PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :/...../..... à

Nom de votre médecin traitant :

Nous devons vérifier votre identité, merci **d'apporter votre titre d'identité** ; sans cette pièce justificative nous pourrions annuler l'intervention.



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 intervenant dans le cadre de votre prise en charge, il sera conservé pendant 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 MerciDocteur 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 prise en charge, les professionnels de santé sont susceptibles **d'accéder** à votre Dossier Médical Partagé. Les documents de votre fin de séjour (lettre de liaison à la sortie, ordonnance de sortie, compte-rendu opératoire ...) seront **intégrés** à votre DMP. Pour vous y opposer, signalez-le à nos équipes administratives.



¹ Pour information, pour se protéger des démarches téléphoniques abusifs, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

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, obstétrical, 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 les professionnels de santé à accéder à mon DMP ?	Oui ☐	Non ☐
J'autorise l'équipe médicale et paramédicale à pratiquer les actes diagnostiques ou thérapeutiques qu'ils estimeraient nécessaires.	Oui ☐	Non ☐
J'autorise les médecins à faire pratiquer des analyses sanguines .	Oui ☐	Non ☐
<i>Si concerné(e)</i> J'accepte d'être hospitalisé(e) en service ambulatoire et m'engage à rentrer chez moi accompagné(e) et le rester pour passer la première nuit	Oui ☐	Non ☐

Fait le :

À :

Signature (patient ou tuteur) :

DÉSIGNATION DE VOTRE PERSONNE À PRÉVENIR & PERSONNE DE CONFIANCE

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique

- 1. 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 TELEPHONE¹ :

LIEN AVEC LE PATIENT :

- 2. 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

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 :/...../..... à

Nomme la personne de confiance suivante

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Adresse :

Téléphone :

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 : | | | | |

À :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Aujourd'hui, je décide ce que je souhaite pour demain

VOUS AVEZ LE DROIT DE CHOISIR !

(ETIQUETTE PATIENT)

Réservé à la Clinique



Les directives anticipées permettent **d'exprimer, par avance, la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser**

des traitements ou actes médicaux, pour le jour où l'on ne peut plus le faire soi-même. Les directives peuvent être révisées et révoquées à tout moment. *Loi du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie - Loi du 2/02/2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.*

☐ **Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.**

☐ **J'ai déjà rédigé mes directives anticipées et elles sont connue de :**

☐ Mes directives anticipées sont enregistrées dans Mon Espace Santé sur mon Dossier Médical Partagé.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer :

Je soussigné(e) (Nom et prénoms) :

Né(e) le :

à :

Domicilié(e) à :



Je suis en mesure de rédiger seul(e) mes directives anticipées, en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés : ☐ OUI / ☐ NON

Si je bénéficie d'une mesure de **tutelle** (merci de joindre la copie de l'autorisation) :

J'ai l'autorisation du juge : ☐ Oui ☐ Non

Du conseil de famille : ☐ Oui ☐ Non

Quelles sont vos attentes et vos craintes si votre situation se dégrade ?

Quels sont vos souhaits de nature non médicale pour vous accompagner au mieux (croyance, religion, présence entourage, etc.) ?

MAINTIEN ARTIFICIEL : ACTES ET TRAITEMENTS MEDICAUX

Réanimation cardiaque et respiratoire En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique :	Assistance respiratoire Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration :	Alimentation forcée ou artificielle Une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux :	Hydratation forcée ou artificielle Par une sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion :	Traitement par dialyse Traitement qui permet d'assurer artificiellement les fonctions d'épuration du sang qu'effectuent en temps normal les reins :
☐ J'accepte ☐ Je refuse	☐ J'accepte ☐ Je refuse	☐ J'accepte ☐ Je refuse	☐ J'accepte ☐ Je refuse	☐ J'accepte ☐ Je refuse

EN CAS DE REFUS DU MAINTIEN ARTIFICIEL, PROPOSITION DE SEDATION :

Sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur (traitement qui m'endort et m'accompagne jusqu'à mon décès) :

☐ J'accepte

☐ Je refuse

J'informe et confie mes directives anticipées à :

☐ Médecin

☐ Personne de confiance

☐ Famille

☐ Proche

☐ Témoins

Nom, prénom et coordonnées :

Fait le : | | | | |

À :

Signature :



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 ?

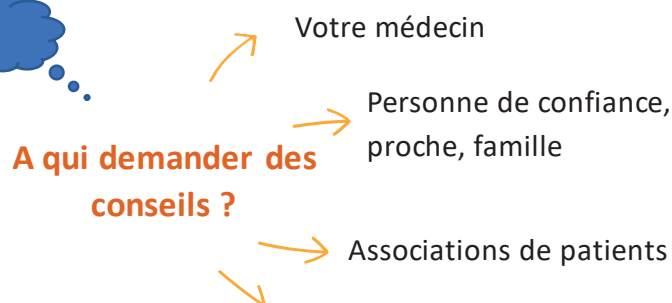
Quand vous le souhaitez. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de durée de temps.



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 ?

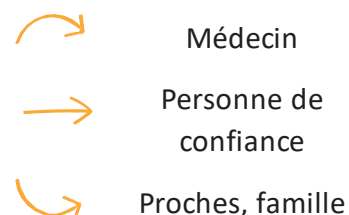


Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pensez à communiquer l'existence de vos directives anticipées

A qui les communiquer ?



Vos directives anticipées peuvent être enregistrées dans votre Dossier Médical Partagé (DMP) sur Mon Espace Santé (MES), pour être accessible à l'ensemble des professionnels de santé vous prenant en charge.

3. Et après, où les conserver ?

Voici nos conseils :



1 exemplaire pour vous

1 exemplaire dans votre Dossier Médical Partagé (DMP)

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

INFORMATIONS RELATIVES À 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.

Ex : *risque hémorragique.*



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 bénéfices 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 avant de recueillir votre consentement.



Consentement

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

Deux examens de vérifications avant la transfusion : la détermination du groupe sanguin et la Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI).

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 MÉDICAMENTS 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

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** (dite 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 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.

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIQUE

Merci de le compléter avant votre
consultation

5

(ETIQUETTE PATIENT)
Réservé à la Clinique

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 ☐
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 ☐ Porphyrrie ☐ 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 :

<u>PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES</u>	OUI	NON	Spécifiez
Hypertension artérielle	☐	☐	
Palpitations, troubles du rythme	☐	☐	
Angine de poitrine ou infarctus	☐	☐	

Pacemaker	☐	☐
Souffle au cœur	☐	☐
Œdème pulmonaire	☐	☐
Œdème membres inférieur	☐	☐
Varices	☐	☐
Phlébites ou Périphlébites	☐	☐
Embolie pulmonaire	☐	☐
Maladie des artères (ex : artérite)	☐	☐
Intervention cardiaque (laquelle ?)	☐	☐

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

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

<u>PROBLÈMES OPHTALMOLOGIQUES</u>	OUI	NON	Spécifiez
Glaucome, forte myopie, greffe ou autres	☐	☐	

<u>PROBLÈMES DIGESTIFS</u>	OUI	NON	Spécifiez
Fibroscopie ou coloscopie	☐	☐	
Hernie hiatale ou œsophagite	☐	☐	
Gastrite ou ulcère d'estomac	☐	☐	
Hépatite, jaunisse ou cirrhose	☐	☐	
Calculs dans la vésicule	☐	☐	

Hémorragie digestive	☐	☐	
Maladie de Crohn ou rectocolite	☐	☐	
<u>PROBLÈMES URINAIRES</u>	OUI	NON	Spécifiez
Infections urinaires ou cystite	☐	☐	
Coliques néphrétiques	☐	☐	
Insuffisance rénale	☐	☐	
Pyélonéphrite	☐	☐	
Problème de prostate	☐	☐	

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

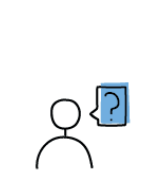
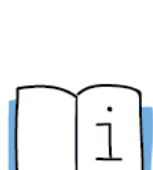
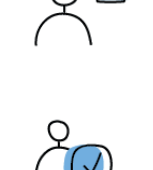
<u>PROBLÈMES HÉMATOLOGIQUES</u>	OUI	NON	Spécifiez
Anémie	☐	☐	
Problèmes de rate ou ganglions	☐	☐	
Hormones de croissance	☐	☐	
Hémophilie ou maladie de Willebrand	☐	☐	

Au cours de la consultation d'anesthésie du/..... /.....

avec le Docteur :

Je soussigné(e), M./Mme.....

Né(e) le :/...../.....

	J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.	Oui ☐	Non ☐
	J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.	Oui ☐	Non ☐
	J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.	Oui ☐	Non ☐
	J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.	Oui ☐	Non ☐
	J'estime avoir été suffisamment informé(e) du risque transfusionnel.	Oui ☐	Non ☐
	J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.	Oui ☐	Non ☐
	J'accepte la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur.	Oui ☐	Non ☐

Fait le : À :

Signature (du patient ou du représentant) précédée de la mention « lu et approuvé »:





41/49 avenue du Maréchal JUIN - 93260 LES LILAS
Tél. standard 01 43 62 22 22
Fax 01 43 63 24 43

www.clinique-paris-lilas.com - [f](#) almayviva sante