

PATIENT : (Joindre photocopie carte d'identité)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Né(e) le : à :

Sexe : Masculin Féminin

Profession :

Langue parlée :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

ASSURANCE :**Sécurité Sociale** (Joindre photocopie attestation carte vitale)

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance de l'assuré :

Mutuelle (Joindre la prise en charge)

Nom du bénéficiaire :

Prénom du bénéficiaire :

A.T. (accident du travail): OUI NON
(Joindre photocopie AT du patient et/ou photocopie volet 1 du certificat médical)

Date AT :

Art. 115 (anciens combattants) : OUI NON
(Préciser au patient d'apporter son carnet)

HOSPITALISATION

Nature de l'intervention : Date opératoire :

Médecin soignant : Dr Anesthésiste : Dr

K OP : TP ou TP + DP Urgence : Oui Non

Entrée le à Service :

Sortie le Vers

Examens avant admission :

Chambre particulière : Oui Non Tarif : Procédure risque infectieux

Lit accompagnant : Oui Non Nombre de nuits :

Régime alimentaire particulier : Lequel :

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

Lien de parenté :

REPRESENTANT LEGAL

Patient sous : Tutelle Curatelle

Nom du représentant :

Prénom du représentant :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

MCJ

Signes évocateurs de MCJ ? Oui Non (Si oui, transmettre une copie de ce document à la responsable de bloc opératoire)

Si oui, quelle procédure d'inactivation utiliser en stérilisation ? Procédure I Procédure II

Date : **Signature du Médecin soignant :**

Dr Elias Dagher

Ancien Interne Ancien, Chef de Clinique des Hôpitaux
Ancien Fellow du Hospital for Special Surgery de New York

Chirurgie de l'Epaule, de la Hanche et du Genou
Arthroscopie, Prothèses articulaires, Chirurgie du sport

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique
Membre de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons

Au cours de la consultation du Docteur Elias Dagher, le chirurgien m'a proposé une intervention chirurgicale, prévue le

Je reconnais avoir reçu du Docteur Dagher, que j'ai choisi comme chirurgien, toute information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution des troubles ou de la maladie dont je souffre, dans le cas où je ne me ferais pas opérer. Il m'a aussi expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été prévenu que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté, mais également à des variations individuelles, non toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver confronté à un élément imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux qui sont prévus initialement.

J'autorise et sollicite, dans ces conditions, le praticien, à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

Date

Signature du patient ou du représentant légal

Si vous vous estimez insuffisamment informé, contactez de nouveau le secrétariat du chirurgien ou de votre médecin traitant, ou faites venir avec vous en consultation un de vos proches afin d'obtenir toutes les précisions que vous jugez utiles, pour prendre une décision éclairée, sans altération de votre consentement.

Clinique des Lilas

41-49, avenue du Maréchal Juin
93260 Les Lilas
Tel : 06 22 22 00 12 - 01 43 62 22 27
Fax : 01 43 62 22 28
email : secretariat@dagher.fr

Clinique des Lilas CEPIM	FORMULAIRE Déclaration d'une personne de confiance	Réf : FO ACC 009	
		Date application : 25/08/08	
		Version : 1	Page 1/1

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.111-6, « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin...Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Je soussignée(e) :, patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) à la
Clinique des Lilas, né(e) le :/...../....., à
Domicile :

Désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami, épouse, père, médecin etc
(préciser la nature de la relation) :

Nom prénom de la personne de confiance :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone(s) :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de mon hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Je n'ai pas de personne de confiance à déclarer

Date et signature du patient hospitalisé :

FORMULAIRE DE REVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussignée(e) :, patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) à la Clinique
des Lilas, né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Révoque comme personne de confiance à compter du : mon ami, épouse, père,
médecin etc (préciser la nature de la relation) :

Nom prénom de la personne de confiance révoquée :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone (s) :

Désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami, épouse, père, médecin
etc (préciser la nature des relations) :

Nom prénom de la nouvelle personne de confiance :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone(s) :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de mon hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Date et signature du patient hospitalisé :

LES DIFFERENTES METHODES D'EPILATION

L'épilation de la zone opératoire est nécessaire afin de diminuer le risque d'infection.

Il existe 2 façons de réaliser une épilation sans léser la peau :

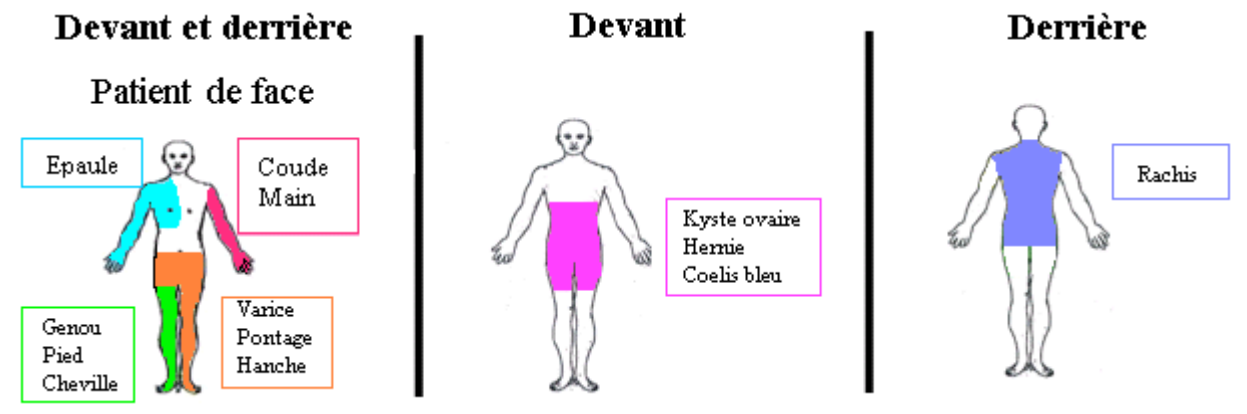
La tonte chirurgicale à lames à usage unique (réalisée par le personnel soignant)

OU la crème dépilatoire (fournie par vos soins)



Il est **strictement interdit d'utiliser un rasoir** en raison des micro-coupures qu'il entraîne et qui peuvent être source d'infection.

Les différentes zones de dépilation



Si vous devez utiliser la CREME DEPILATOIRE :

Précautions d'emploi :

- Avant toute application, lisez attentivement les notices jointes au produit que vous utilisez,
- Il est important de réaliser un test allergique sur une zone sensible de la peau (le pli du coude) afin de s'assurer de l'absence d'allergie. En cas de réaction trop vive, consultez votre médecin,
- La crème doit être répartie sur une peau propre, sèche et non irritée,
- Les produits dépilatoires ne doivent pas être appliqués dans le nez, les oreilles ou autour des yeux en raison des substances chimiques qu'ils contiennent.

Notice d'utilisation :

- Répartir la crème uniformément et en couche épaisse sur l'ensemble de la zone à épiler,
- Laisser agir. Le temps de pose spécifié sur la notice d'utilisation du produit doit être impérativement respecté. Le non respect du temps de pose peut entraîner des rougeurs et des sensations de brûlures,
- Enlever la crème dépilatoire à l'aide de la spatule fournie.
- Rincer abondamment à l'eau, de préférence par une douche. Il ne faut ni appliquer de savon ni d'alcool pour éliminer la crème,
- Sécher.

DOUCHE MEDICALE PRE-OPERATOIRE

La douche médicale pré-opératoire est destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau avant toute intervention chirurgicale.

La bonne réalisation de cette douche est une mesure nécessaire destinée à diminuer le risque infectieux et améliorer la qualité des soins.

Ce livret vous explique la conduite à tenir pour la préparation cutanée. Elle se fait en deux temps.

1. Deux douches médicales pré-opératoires :

- Une douche la veille de l'intervention,
- Une douche **le jour de l'intervention, dans l'établissement.**

2. Elle est complétée par une épilation, si nécessaire, à l'aide d'une tondeuse avec lames à usage unique ou à l'aide d'une crème dépilatoire (fournie par vos soins).

Pour vos douches pré-opératoires vous avez besoin de :

- ***Une serviette de toilette PROPRE pour la douche médicale la veille de l'intervention,***
- ***Une seconde serviette de toilette PROPRE pour la douche à réaliser dans le service juste avant l'intervention,***
- ***Une brosse à dents, du dentifrice et le nécessaire de toilette habituel***
- ***Des cotons tiges***
- ***Un flacon de savon antiseptique : BETADINE SCRUB, une ordonnance vous est fournie par la secrétaire du chirurgien pour l'achat en pharmacie,***
- ***Un pyjama propre (pour la veille de l'intervention)***
- ***Attention : Le gant de toilette à usage unique est fourni pour les douches médicales réalisées dans l'établissement.***

LA VEILLE DE L'INTERVENTION

- Enlever le vernis à ongles
- Se couper les ongles et les nettoyer
- Se démaquiller
- Enlever les bijoux, piercing, y compris l'alliance
- Si vous utilisez la crème dépilatoire, faire l'épilation après la douche. Attention il faut avoir fait un test à votre domicile pour vérifier l'absence d'allergie. Sinon l'infirmière ou l'aide-soignante pratiquera une tonte.
- Prendre le flacon de Bétadine scrub (flacon rouge) et un gant de toilette à usage unique fourni par l'infirmière ou l'aide-soignante.
Au domicile : prendre un gant de toilette propre.
- Se savonner de haut en bas jusqu'à ce que la mousse devienne blanche.



Commencer par :

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. Les cheveux | 6. Jambes |
| 2. Visage | 7. Pieds |
| 3. Cou | 8. Région génitale |
| 4. Bras | 9. Région anale |
| 5. Tronc dont le nombril | |

➤ **ATTENTION** : vous devez bien insister sur :

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| - Derrière les oreilles | - Les pieds (entre les orteils) |
| - Les aisselles | - Les plis de l'aîne |
| - Le nombril | |

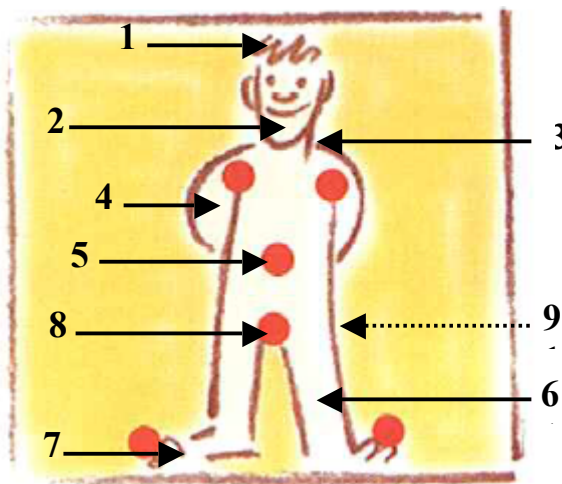
- Se rincer abondamment pour éliminer le savon antiseptique
- Se sécher avec une serviette de toilette propre (PAS celle utilisée la veille) soigneusement surtout au niveau, des aisselles, du nombril, entre les orteils et des plis de l'aîne.
- Se brosser les dents
- Se nettoyer les oreilles
- Mettre un pyjama propre

LE JOUR DE L'INTERVENTION

- La douche du matin se fait **obligatoirement dans le service,**
- Si vous n'êtes pas épilé : l'infirmière ou l'aide-soignante pratique une tonte avec une lame à usage unique avant votre douche,
- Prendre le flacon de Bétadine scrub (flacon rouge) et un gant de toilette à usage unique fourni par l'infirmière ou l'aide-soignante.
- Se savonner de haut en bas **jusqu'à ce que la mousse devienne blanche.**

Commencer par :

1. Les cheveux
2. Visage
3. Cou
4. Bras
5. Tronc dont le nombril
6. Jambes
7. Pieds
8. Région génitale
9. Région anale



DU
HAUT
↓
VERS
LE BAS

- **ATTENTION** : vous devez bien insister sur :
 - Derrière les oreilles
 - Les aisselles
 - Le nombril
 - Les pieds (entre les orteils)
 - Les plis de l'aîne
- Se rincer abondamment pour éliminer le savon antiseptique
- Se sécher avec une serviette de toilette propre (PAS la serviette utilisée la veille) soigneusement surtout au niveau des aisselles, du nombril, entre les orteils et des plis de l'aîne.
- Se brosser les dents
- Se nettoyer les oreilles
- Mettre la tenue de bloc : chemise, coiffe et surchaussures

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document.

NOM :

Signature :

Date :

Pensez à venir en consultation AVEC VOS ORDONNANCES Merci

NOM : _____

PRENOM : _____

CHIRURGIEN : _____

CLINIQUE DES LILAS – CEPIM

41-49, avenue du Maréchal Juin

93260 LES LILAS

Téléphone : 01.43.62.22.22

Fax : 01.43.63.24.43



INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE

Chère patiente. Cher patient.

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 pourrez 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...), 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 une visite préanesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles 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 utile 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 ou de quitter l'établissement.

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

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

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.

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

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 ou 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.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

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

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose

temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année. Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

Qu'en est-il de la transfusion sanguine ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une **information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnels.**

INFORMATION SUR L'ANALGESIE POSTOPERATOIRE

Vous allez être opéré(e) prochainement et vous pouvez ***craindre d'avoir mal après l'intervention.***

N'hésitez pas à poser à votre médecin anesthésiste-réanimateur, toutes les questions que vous jugerez utiles. Vous recevrez en retour des informations sur les méthodes d'évaluation de la douleur et sur les traitements les plus adaptés.

Les médecins qui vont s'occuper de vous disposent de médicaments ou de techniques permettant de soulager la douleur postopératoire. Ils vous en informeront lors de la consultation d'anesthésie et de la visite préopératoire. Ces moyens peuvent être utilisés isolément ou en association.

Les principaux médicaments sont les suivants : le paracétamol, les anti-inflammatoires, la morphine ou ses dérivés, les anesthésiques locaux. Selon le médicament, l'administration se réalisera par voie générale, péridurale ou autour des nerfs périphériques.

Une technique nécessitant votre participation peut également vous être proposée. Il s'agit de ***l'Analgesie Contrôlée par le Patient***, également appelée **PCA**.

Quelle que soit la technique proposée, une infirmière passera régulièrement pour évaluer votre douleur et s'assurer que vous êtes suffisamment soulagé(e). A cette occasion, sachez lui faire part d'éventuelles sensations inconfortables (sommolence, nausées, douleur d'estomac, démangeaisons...) et surtout n'oubliez pas de bien signaler toute douleur persistante : ceci permettra d'apporter un traitement à ces désagréments.

Les questions que vous vous posez

Si l'on m'administre de la morphine

- Vais-je devenir toxicomane ?

Non, il n'y a pas d'exemple de dépendance liée à l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés pour traiter une douleur postopératoire.

- L'utilisation de la morphine est-elle synonyme de cancer ou de fin de vie ?

Non, la morphine et ses dérivés sont utilisés quotidiennement pour calmer les douleurs postopératoires.

Qu'est-ce que la PCA ?

La PCA utilise un appareil que votre médecin programme pour soulager votre douleur et pour vous apporter un maximum de confort. L'appareil est composé d'une seringue ou d'un réservoir qui contient un médicament pour calmer la douleur (le plus souvent de la morphine) et d'un dispositif électronique ou mécanique que vous commandez par un bouton. En appuyant sur le bouton poussoir que vous confiera votre infirmière, vous soulagerez votre douleur vous-même en vous administrant votre dose de médicament anti-douleur.

Si l'on me propose la PCA,

- Y a-t-il un inconvénient à appuyer souvent sur le bouton ?

Non, la pompe est réglée par le médecin, pour éviter les surdosages, et votre douleur est soulagée en toute sécurité. Mais vous seul appuyez sur le bouton.

- Comment être sûr que l'appareil fonctionne bien ?

La PCA est dotée d'un maximum de sécurités : si une panne se produisait une alarme le signalerait immédiatement à votre infirmière.

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIOLOGIE

Pour votre sécurité, il est important de remplir le plus exactement possible ce questionnaire en cochant la réponse exacte.

Pour les enfants de moins de 15 ans, ce questionnaire doit être rempli par les parents.

Profession :	Age :	<u>ANTECEDENTS PULMONAIRES</u>			OUI	NON	INCONNU
Poids :	Taille :						
<u>ANTECEDENTS GENERAUX</u>	OUI	NON	INCONNU	Avez-vous été soigné(e) pour les poumons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà reçu une anesthésie générale ou locale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelles interventions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Avez-vous eu une radio pulmonaire récemment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				<u>ANTECEDENTS CARDIAQUES</u>	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous subi une intervention neurochirurgicale vertébrale ou greffe de cornée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous soigné(e) pour l'angine de poitrine (angor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anesthésie et le réveil se sont-ils bien passés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous soigné(e) pour la tension (trop ou pas assez)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé(e) pour une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous soigné(e) pour l'artérite (artère bouchée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des enfants (pour les femmes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous fait un infarctus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ANTECEDENTS RENAUX</u>	OUI	NON	INCONNU	Avez-vous fait une embolie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert d'une lithiase rénale (calculs, coliques néphrétiques)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des varices importantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une insuffisance rénale (crise d'urée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous consulté un cardiologue récemment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des infections urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>ANTECEDENTS DIGESTIFS</u>	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous des problèmes de prostate (pour les hommes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous été soigné(e) pour un ulcère à l'estomac ou au duodénum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Avez-vous des brûlures ou des douleurs de l'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Avez-vous eu des vomissements ou des diarrhées récemment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Avez-vous présenté une jaunisse (hépatite virale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS ENDOCRINIENS

	OUI	NON	INCONNU
Etes-vous ou avez-vous été soigné pour le diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous grossi ou maigri de façon importante ces derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà souffert de crises de goutte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS SANGUINS

	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous reçu des transfusions de sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous facilement du nez ou des gencives (par exemple en vous brossant les dents)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous facilement des ecchymoses (bleus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous du mal à coaguler (lors d'une piqûre ou blessure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS ALLERGIQUES

	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous de l'eczéma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous atteint de rhume des foins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un médicament ou à un produit de contraste iodé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel _____			
Etes-vous spasmophile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS NEUROLOGIQUES

	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous présenté des convulsions ou crise d'épilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté une dépression nerveuse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté une paralysie quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTS

	OUI	NON	INCONNU
Prenez-vous la pilule (pour les femmes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous actuellement des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT : Il faut venir à la consultation d'anesthésie avec les ordonnances de vos traitements habituels (médecin traitant et/ou spécialiste)

DIVERS

	OUI	NON	INCONNU
Avez-vous un glaucome ou de l'hypertension oculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des lentilles de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous porteur d'une prothèse dentaire, fausse dent, appareil redresseur amovible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous atteint d'arthrose cervicale (du cou)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans votre famille, quelqu'un a-t-il eu un problème d'anesthésie grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel _____			

Avez-vous la notion de Maladie de Creutzfeld-Jakob chez vos proches?

⇒ Dans votre intérêt et celui du personnel soignant, nous pratiquons dans le cadre du bilan pré-opératoire, un test HIV. Si vous y êtes opposé(e), veuillez en faire part à l'anesthésiste lors de la consultation pré-opératoire.

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Au cours d'un entretien avec le Docteur

- J'ai reçu des informations détaillées sur l'anesthésie prévue ainsi que sur l'extension, éventuellement nécessaire, du programme opératoire. J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de la méthode, les risques, les complications possibles, les gestes thérapeutiques associés et leurs risques.
- Je n'ai plus de questions, j'estime avoir été **suffisamment informé(e)** et **je donne** par la présente **mon consentement à l'anesthésie prévue, pour moi-même / pour mon enfant*** après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant. J'accepte également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention.
- Mon accord porte aussi sur une transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins jugée nécessaire par le médecin.
- Je ne souhaite **en aucun cas** (même en cas d'urgence) être transfusé(e)

Fait aux Lilas, le (date) :

Signature du patient (ou du représentant légal):

Ce document à été crée avec Win2pdf disponible à <http://www.win2pdf.com/fr>
La version non enregistrée de Win2pdf est uniquement pour évaluation ou à usage non commercial.