CLINIQUE AXIUM

ENR.DPA.008 V7 05 2017

**ETIQUETTE PATIENT**

[Cadre réservé à la Clinique]

Nom d'usage :……Nom de naissance :……Prénom :……

Sexe : M F Né (e) le :…… Age :……

Poids :……kg Taille :……cm Profession : ……

Adresse :……

……Téléphone :……

accident de travail : ☐ non ☐ oui date: ……

Chirurgien : Dr ……..

Type d'intervention prévue :……

Intervention prévue le : _____ |_|_|_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|

# PASSEPORT AMBULATOIRE

**Avant toute intervention et/ou un acte sous anesthésie**, vous devez réaliser une **consultation pré-anesthésique au plus tôt** et au maximum 48h avant l'intervention.
Prenez rendez-vous avec un anesthésiste en appelant le secrétariat correspondant :

| **Intervention chirurgicale** | Acte endoscopie et examen cardiologique |
|---|---|
| **De 10h à 18h**<br>**Au 04 42 95 73 08** | De 8h à 20h<br>Au 04 91 16 56 97 |

Vous pouvez aussi prendre rendez-vous **DIRECTEMENT par internet** : **www.doctolib.fr** en Indiquant : **1/**clinique AXIUM comme établissement, **2/** anesthésie comme spécialité, **3/**choisissez la date qui vous convient, **4/** indiquer et confirmer vos coordonnées, **5/** renseigner l'intervention puis validez, vous recevrez un mail de confirmation.

Pour faciliter les formalités administratives le jour de votre hospitalisation **nous vous recommandons de réaliser votre préadmission** lors de la consultation d'anesthésie **avec une pièce d'identité, vos cartes mutuelle/vitale et les documents transmis relatifs à votre hospitalisation.**

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

**A**ttention, ce livret est à compléter et à rapporter **impérativement** pour la consultation pré-anesthésique, **et** lors de votre hospitalisation.
Il sera inséré dans votre dossier patient.

**Vous devez impérativement remplir et signer**
**les pages 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 14 /** *15 / 16* **/ 17 / 18 / 20.**
**POUR LES MINEURS : pages 15 et 16**

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.*

**Madame, Mademoiselle, Monsieur,**

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) à la Clinique AXIUM.
Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.
Vous devrez lire et compléter les différents documents composants ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans notre établissement.

**Il est essentiel de ramener ce livret lors de votre consultation pré-anesthésique :**

Veuillez-vous présenter à la consultation (selon l'heure du rendez vous que vous avez pris au préalable) au 1er étage du bâtiment situé au 42 avenue de Lattre de Tassigny avec :

1. Ce livret dûment renseigné et signé.
2. **Vos documents médicaux les plus récents : radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang.**
3. vos ordonnances médicales avec vos traitements en cours.
4. Votre carnet de santé.
5. Votre chéquier ou des espèces.

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.

Il vous sera demandé de régler 18€ pour la PAT (Participation de l'assuré aux frais de soins) lors de votre pré admission.

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.* 

# CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL EN CHIRURGIE

*En vertu de l'arrêt du 25 février 1997 rendu par la Cour de Cassation, arrêt qui fait jurisprudence*

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien des informations loyales, claires et appropriées, concernant:

- ✓ **La maladie** dont je souffre et son évolution spontanée si je ne me faisais pas opérer ; J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

- ✓ **Les explorations complémentaires** nécessaires en vue de mon intervention, y compris la possibilité d'un dépistage du virus H.I.V., hépatite B et C ;
- ✓ **Les modalités** de l'acte chirurgical ;
- ✓ **Les précautions préalables**
- ✓ **Le rapport bénéfices / risques opératoires** et les alternatives thérapeutiques.
- ✓ **Le risque infectieux** présent lors de toute hospitalisation et qui plus est lors de toute intervention chirurgicale. Cette infection peut survenir dans les jours, semaines, voire mois qui suivent l'intervention. Une identification des germes en cause est nécessaire pour prescrire un traitement antibiotique adapté. Dans certains cas, une ou plusieurs interventions supplémentaires sont nécessaires. Un handicap peut en découler.

D'un commun accord, nous avons convenu pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'**un évènement imprévu** nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.
Je reconnais que dans ces conditions, vous pouvez être amené à effectuer tout acte que vous estimerez nécessaire et pratiquer dans mon intérêt **une méthode opératoire différente** de celle proposée en consultation. Je comprends que si l'intervention doit se dérouler en chirurgie vidéo assistée (coelioscopie, arthroscopie, thoracoscopie, cystoscopie, etc...) ou mini-invasive (vaginale, urétrale, technique endovasculaires, etc...), vous pouvez être amené à pratiquer **une chirurgie ouverte dans certains cas**.
De la même façon je suis conscient qu'il existe un risque exceptionnel d'une lésion d'un organe du voisinage (nerveux, osseux, digestif, urinaire, ou vasculaire), voire même des risques inconnus.
Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte **un pourcentage de complications et risques** y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e) mais également à des variations individuelles, pas toujours prévisibles. Je reconnais à ce titre avoir été informé(e) que le **tabac**, l'**alcool**, une **maladie de système**, des **pratiques diététiques** individuelles ou **le non-respect des consignes post-opératoires** peuvent affecter gravement ma cicatrisation ou être à l'origine de complications.

Je soussigné (e).....déclare avoir reçu une information que je considère comme loyale, claire, compréhensible et appropriée me permettant de donner mon consentement éclairé à l'intervention……..
En outre je reconnais qu'une information spécifique à mon intervention m'a été donnée et qu'il m'est possible à tout moment avant celle-ci de la compléter auprès de mon chirurgien.

Date : Signature :

Dans le cas d'un enfant, signature des parents ou du tuteur (voir document de la page 15).

reconnais que vous êtes à ma disposition

# RECONNAISSANCE D'INFORMATION donnée et reçue et d'un CONSENTEMENT ACCORDÉ

**Je, soussigné(e)**, (NOM, Prénom, Date naissance) :

**reconnaît avoir reçu du docteur** *(NOM, Prénom)* :

toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant :

- La nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté(e) en l'absence d'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Le type d'intervention proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.
- La nécessité d'une préparation cutanéo-muqueuse afin de prévenir au mieux la survenue d'infections nosocomiales.

Atteste qu'il a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Atteste m'engager à réaliser la préparation prescrite.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, l'opérateur peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé.

Fait à:……. Le: ……/……/…….

**SIGNATURE:**
*(Précédée de la mention : « lu et approuvé »)*

***A remettre à l'établissement et à archiver dans le dossier du patient***

***<u>Si mineur ou majeur protégé</u>, remplir le document page 14 15.***

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE
# A remplir obligatoirement
# avant la consultation d'anesthésie

**ETIQUETTE PATIENT**
**Ou indication : Nom prénom date de naissance**

Vous allez bénéficier d'une Anesthésie. Pour votre sécurité vous devez respecter ce qui suit :

**1**. **d'être A JEUN (ne rien boire, manger, ni fumer) pendant 6 heures avant l'opération**.

**2**. Se présenter au bloc opératoire sans bijoux, montre, maquillage ou faux ongles.

**3. À retirer** : les appareils dentaires amovibles, lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives.

En plus, en cas de chirurgie ambulatoire, sachez que :

**1**. votre départ ne se fera qu'après accord de vos médecins.

Une hospitalisation ne peut jamais être totalement exclue.

**2.** vous devez être **accompagné** pour rentrer, ne pas conduire, ne pas boire d'alcool, ne pas rester seul chez vous ne pas prendre de décision professionnelle, tout ça pendant **24 heures** après.

Prévoyez une personne à votre domicile qui restera auprès de vous durant la nuit qui suit l'intervention.

**3**. **Pour enfant** : la personne accompagnante ne peut pas être celle qui conduit la voiture.

**Pour le patient mineur qui sera admis au service ambulatoire, la présence d'un parent est obligatoire le jour de l'intervention : dès son entrée dans la clinique jusqu'à sa sortie.**

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

***Entourez*** *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 :……

**VOUS-MEME (ou votre enfant s'il a moins de 18 ans)**

| **AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ? Si oui, de quoi et quand?** | **DATE** |
|---|---|
| …… | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |

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 L'avez-vous bien supportée ? Oui Non
Problèmes particuliers lors d'une anesthésie ?……

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.* 

**ETIQUETTE PATIENT**
**Ou indication : Nom prénom date de naissance**

**AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?**

Aux antibiotiques ? Si oui, lesquels ? ……..
Autres médicaments ? ……
Iode Latex Sparadrap Métaux Fruits Cacahuètes
Pollens Graminées Poussière Abeille Autres :……..

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

| **PROBLEMES CARDIO-VASCULAIRES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Hypertension artérielle | OUI | NON | …… |
| Palpitations, troubles du rythme | OUI | NON | …… |
| Angine de poitrine ou infarctus | OUI | NON | …… |
| Pacemaker | OUI | NON | …… |
| Souffle au cœur | OUI | NON | …… |
| Œdème pulmonaire | OUI | NON | …… |
| Œdème membres inférieures | OUI | NON | …… |
| Varices | OUI | NON | …… |
| Phlébites ou Paraphléblites | OUI | NON | …… |
| Embolie pulmonaire | OUI | NON | …… |
| Maladie des artères | OUI | NON | …… |
| Intervention cardiaque + laquelle | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES RESPIRATOIRE** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Asthme+ date dernière crise | OUI | NON | …… |
| Bronchite chronique | OUI | NON | …… |
| Tuberculose + date | OUI | NON | …… |
| Pleurésie, Pneumonie | OUI | NON | …… |
| Emphysème | OUI | NON | …… |
| Pneumothorax | OUI | NON | …… |
| Bronchoscopie | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES NEUROLOGIQUES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Convulsions, Épilepsie | OUI | NON | …… |
| Accident vasculaire cérébral | OUI | NON | …… |
| Dépression | OUI | NON | …… |
| Migraine | OUI | NON | …… |
| Spasmophilie | OUI | NON | …… |
| Alzheimer | OUI | NON | …… |
| Méningite | OUI | NON | …… |
| Sciatique | OUI | NON | …… |
| Intervention neurologique+date | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES DIGESTIFS** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Fibroscopie, coloscopie | OUI | NON | …… |
| Hernie hiatale, Œsophagite | OUI | NON | …… |
| Gastrite, Ulcère d'estomac | OUI | NON | …… |
| Hépatite, Jaunisse, Cirrhose | OUI | NON | …… |
| Calculs dans la vésicule | OUI | NON | …… |

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.*

**ETIQUETTE PATIENT**
**Ou indication : Nom prénom date de naissance**

| | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Hémorragie digestive | OUI | NON | …… |
| Maladie de Crohn, Rectocolite | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES URINAIRES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Infections urinaires, Cystite | OUI | NON | …… |
| Coliques néphrétiques | OUI | NON | …… |
| Insuffisance rénale | OUI | NON | Dialyse ? |
| Pyélonéphrite | OUI | NON | …… |
| Problème de prostate | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES ENDOCRINO-METABOLIQUES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Diabète + traitement | OUI | NON | …… |
| Hyper cholestérol, -triglycérides | OUI | NON | …… |
| Thyroïde: hypo ou hyper? | OUI | NON | …… |
| Avez-vous grossi, maigri? | OUI | NON | …… |
| Hyper uricémie, crise de goutte | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES HEMATOLOGIQUES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Anémie | OUI | NON | …… |
| Problèmes de rate ou ganglions | OUI | NON | …… |
| Hormones de croissance | OUI | NON | …… |
| Greffe de cornée, dure mère | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES DE COAGULATIONS** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Problème de coagulation | OUI | NON | …… |
| Transfusions de sang + date | OUI | NON | …… |
| Hémophilie | OUI | NON | …… |
| Maladie de Willebrand | OUI | NON | …… |
| Anticoagulants + lesquels | OUI | NON | …… |
| Fait des bleus facilement | OUI | NON | …… |
| Saignement de nez | OUI | NON | …… |
| Saignement dans articulation | OUI | NON | …… |
| Sang dans urine | OUI | NON | …… |
| Saignement > 15min lors prise de sang | OUI | NON | …… |
| Saignements familiaux chez homme côté maternel | OUI | NON | …… |

Lors d'une circoncision, amygdalectomie, appendicectomie, suture de la peau :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Saignement >24h | OUI | NON | …… |
| Transfusion | OUI | NON | …… |

| **PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Arthrose, Polyarthrose | OUI | NON | …… |
| Scoliose, Cyphose | OUI | NON | …… |
| Maladie de Bechterev | OUI | NON | …… |

**ETIQUETTE PATIENT**
**Ou indication : Nom prénom date de naissance**

| **PROBLEMES OPHTALMOLOGIQUES** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Glaucome, forte myopie | OUI | NON | …… |

| **GYNECOLOGIE-OBSTETRIE** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Nombre de grossesses …… | | | |
| Nombre d'accouchements …… | | | |
| Grossesses bien passés? | OUI | NON | …… |
| Risquez-vous d'être enceinte? | OUI | NON | …… |
| Infections vaginales | OUI | NON | …… |
| Prenez-vous la pilule ? | OUI | NON | Laquelle :…… |
| Portez-vous un stérilet | OUI | NON | |

| **PROBLEMES DIVERS** | | | Spécifiez |
|---|---|---|---|
| Fumez-vous? + Combien par jour? | OUI | NON | …… |
| Buvez-vous de l'alcool? + Combien? | OUI | NON | …… |
| Cannabis, cocaïne, héroïne? | OUI | NON | …… |
| Prenez-vous des somnifères ? | OUI | NON | Lesquels :…… |
| Hépatite virale ou SIDA? | OUI | NON | …… |
| Appareil dentaire amovible | OUI | NON | …… |
| Avez-vous des dents qui bougent | OUI | NON | …… |
| Lentilles de contact, lunettes | OUI | NON | …… |
| Prothèse auditive | OUI | NON | …… |
| Avez-vous eu une radiothérapie | OUI | NON | …… |
| Avez-vous eu une chimiothérapie | OUI | NON | …… |
| Avez-vous eu des chutes récemment | OUI | NON | …… |

Êtes-vous aidé par une tiers personne pour prendre vos médicaments : OUI NON

Avez-vous une maladie non citée dans le questionnaire?

OUI NON Laquelle? ……

QUELS MEDICAMENTS PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT + DOSAGE? **Surlignez ceux non prescrits par votre médecin (automédication, laxatifs, phytothérapie, complément alimentaire etc…).**

……
……
……
……
……
……

REMARQUES OU AUTRES PROBLEMES OU INQUIETUDES PARTICULIERES?

……
……
……

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.* 

## ACCORD POUR ANESTHÉSIE

**Je soussigné(e),…….**déclare avoir reçu au cours d'un entretien avec le Dr…… des informations détaillées sur l'anesthésie, les risques et les complications. J'estime avoir compris ces informations et donne mon consentement à tout examen, investigation et intervention nécessités par mon état, y compris l'anesthésie: anesthésie locale plus sédation, anesthésie locorégionale, anesthésie générale. Mon accord concerne également la transfusion de sang ou les dérivés sanguins, jugée indispensable par le médecin anesthésiste. J'accepte toute modification de technique anesthétique qui pourrait s'avérer pendant l'intervention. Je refuse l'anesthésie prévue pour les raisons suivantes :……
……

Fait à ……le ……

Signature: Précédée de la mention "lu et approuvé"

## AUTORISATION D'OPERER Si mineur ou majeur protégé

Les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) doivent remplir l'autorisation d'opérer ci-après.

Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent.

Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.* 

# INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE ET CONSENTEMENT ECLAIRE

**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.

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.*

## 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. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

## 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 la vision ou de l'audition.**

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.

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation.* 

ETIQUETTE PATIENT
Ou indication : Nom prénom date de naissance

……

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AVANT UNE ANESTHESIE

**Vous allez être admis dans le service ambulatoire de la clinique AXIUM**

**☐ Chirurgie ambulatoire ☐SOS MAIN ☐Service endoscopie**

## Cadre réservé au praticien

✧ **Traitement à arrêter :**

✧ **Prendre** votre traitement dans un fond de verre d'eau.

○ Habituel

○ …… à …… heures

✧ **En ambulatoire :**

**Le jour de l'anesthésie, vous devez :**

- **rester à jeun (ni boire (même de l'eau) / ni manger (même chewing-gum) durant les 6 heures qui précèdent l'heure prévue de l'anesthésie.**

- **ne consommer ni alcool, ni tabac** pendant les 12 heures qui précèdent l'heure prévue de l'anesthésie

- **enlever vos verres**, lentilles de contact, maquillage, vernis à ongles et bijoux

- **amener vos derniers résultats (radiographie, bilans sanguin, examens, …)**

- **prévenir l'anesthésiste de tout changement** concernant votre état de santé et votre traitement depuis la consultation d'anesthésie au numéro suivant l'intervention ou l'acte :

| **Intervention chirurgicale** | Acte endoscopie et examen cardiologique |
|---|---|
| **De 10h à 18h**<br>**Au 04 42 95 73 08** | De 8h à 20h<br>Au 04 91 16 56 97 |

La présence d'un accompagnant est indispensable mais il est préférable qu'il soit unique.
En revanche, si votre enfant est opéré, la présence de deux adultes est souhaitable, pour faciliter le retour en voiture au domicile.

**VOUS DEVEZ PREVOIR IMPERATIVEMENT :**

- d'être raccompagné(e) en voiture à votre domicile.
- qu'un membre de votre famille ou un ami reste avec vous pendant 24 heures
- un repos d'une journée ou plus selon avis de votre chirurgien ou gastroentérologue

Vous ne pourrez sortir du service ambulatoire qu'après l'autorisation donnée par le médecin. Il vous faut prévoir de devoir rester hospitalisé(e) si votre état de santé le nécessitait.

A votre départ, vous sera remis un bulletin de sortie où seront indiqués certains renseignements essentiels à votre suivi après l'intervention. En cas de problème, ce bulletin est indispensable à votre médecin traitant ou tout autre médecin qui serait amené à vous examiner dans les heures ou les jours qui suivent votre hospitalisation. De même des consignes thérapeutiques vous seront données ainsi que la manière de poursuivre vos traitements habituels s'il y a lieu. Dans les premières 24 heures qui suivront votre retour au domicile, vous devrez rester au repos, prendre des repas légers, ne pas boire d'alcool et ne pas fumer.
Ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante car votre vigilance peut être abaissée sans que vous vous en rendiez compte.

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

## Quels sont les risques induits par la prise d'un médicament ?

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables liés au produit lui-même, quand sa concentration est trop importante dans votre organisme ou quand vous réagissez anormalement en sa présence.
Les effets indésirables peuvent aussi être liés à une erreur d'utilisation d'un médicament. Ils peuvent survenir si vous ne respectez pas les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante, par exemple, si vous modifier vous-même votre traitement ou si vous prenez un autre médicament sans demander leur avis.
La prise de nombreux médicaments majore par ailleurs considérablement le risque de survenue d'effets indésirables. Des études* ont montré que vous êtes particulièrement susceptible d'avoir des effets indésirables liés à la prise d'un médicament si vous avez :

- plus de 75 ans
- ou plus de 65 ans et une ou plusieurs maladies associées.

## Peut-on éviter les effets indésirables liés à la prise de médicaments ?

Des études* ont montré que 30 à 60% des effets indésirables étaient prévisibles et pouvaient donc être évités si toutes les règles de bonne utilisation des médicaments étaient respectées.

## Comment pouvez-vous diminuer le risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments ?

- Pensez à emporter avec vous vos ordonnances.
- 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 (y compris 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. En particulier, vous devez respecter les quantités prescrites, les heures de prise …
- N'hésitez pas à demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante.
- Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

## Pourquoi est-il dangereux de prendre des médicaments sans l'avis du médecin ou de l'équipe soignante ?

Lorsque le médecin vous prescrit un médicament, il prend notamment en compte votre état de santé, votre poids, le fonctionnement de vos reins ou celui de votre cœur.
En effet, certains médicaments peuvent nécessiter des précautions d'emploi ou même contre-indiqués dans votre cas. De plus, le médecin veillera à ne pas associer des médicaments qui pourraient interagir, ce qui pourrait modifier leur efficacité ou même les rendre toxiques.
**L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite** notamment pour éviter tout risque de surdosage. En effet, une même molécule peut être commercialisée sous différents noms.

## Quels sont les médicaments les plus à risque ?

Certains médicaments nécessitent une attention plus particulière en raison de risques majorés dans votre cas, en particulier:

- les anticoagulants oraux (encore appelés anti-vitamines K)
- les médicaments du diabète

*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation* 

** La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner mars 1998, La loi de santé publique du 9 août 2004, l'enquête nationale sur les effets indésirables (Eneis) 2005*

- les médicaments des affections cardiaques et vasculaires
- tous les anti-inflammatoires, même ceux utilisés contre la douleur (y compris l'aspirine)
- les tranquillisants et les somnifères.

Pour ces médicaments, il est donc d'autant plus important de respecter les instructions et les conseils du médecin et de l'équipe soignante.

## Quels sont les signes qui doivent vous alerter sur un effet indésirable lié à la prise d'un médicament ?

D'après les études* qui ont été réalisées et les cas signalés, les signes les plus fréquemment observés sont :

- une somnolence
- une fatigue inhabituelle
- des sensations de malaise, d'étourdissement
- des vertiges ou même une chute
- des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- des saignements.

## Que devez-vous faire lorsque vous suspectez un effet indésirable lié à la prise d'un médicament ?

Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante le plus rapidement possible. Ils vous indiqueront ce qu'il convient de faire.

## POUR VOTRE SECURITE

***L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS AUTRES QUE CEUX DÉLIVRÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EST INTERDITE.***

***Je déclare avoir reçu l'information concernant :***

- les risques potentiels liés au surdosage et aux interactions, lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments tout au long de mon hospitalisation.
- l'interdiction de l'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement.

Fait à Aix en Provence, le ……..

Signature :

**ETIQUETTE PATIENT**
**Ou indication : Nom prénom date de naissance**

# AUTORISATION D'OPERER D'UN PATIENT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné ci-dessous :

| Identité du mineur ou incapable majeur |
|---|
| Nom : …… Prénom : ……Date de naissance : ……/……/…….. |

| **La mère de l'enfant**<br>ou autre détenteur de l'autorité parentale<br>ou tuteur (incapable majeur) | **Le père de l'enfant**<br>ou autre détenteur de l'autorité parentale<br>ou tuteur (incapable majeur) |
|---|---|
| Nom : ……<br>Prénom : ……<br>Date de naissance : ……/……/……. | Nom : ……<br>Prénom : ……<br>Date de naissance : ……/……/……. |
| Téléphone domicile : ……<br>Téléphone portable : ……<br>Code postal : ……<br>Ville : …… | Téléphone domicile : ……<br>Téléphone portable : ……<br>Code postal : ……<br>Ville : …… |

**Lors de la pré-admission une carte d'identité de l'enfant ou le livret de famille ou une photocopie de ce dernier sera demandée ainsi que la carte d'identité des DEUX parents.**

Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale de la Clinique AXIUM à l'opérer de ……
et à utiliser tous les moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types d'anesthésie utiles à cette intervention.
Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. **Dans le cas contraire, il est impératif de fournir une copie de la décision lors de votre admission.**

**Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la photocopie du jugement de mise sous tutelle.**

Enfin, les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

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

Si l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre ce document avec sa signature par fax ou voie postale. Ce document doit être impérativement signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis à l'établissement, **au plus tard le jour de l'hospitalisation** de l'enfant.

| Mère ou autre détenteur de l'autorité<br>Parentale ou tuteur | Père ou autre détenteur de l'autorité<br>Parentale ou tuteur |
|---|---|
| A ……, le ……/……/……<br>**Signature** | A ……, le ……/……/……<br>**Signature** |

Le jour de l'hospitalisation, un seul parent peut être présent. Il doit être muni de la photocopie de la carte d'identité, recto/verso, du parent absent, pour vérifier la concordance des signatures.

# AUTORISATION DE REMISE D'UN PATIENT MINEUR OU INCAPABLE MAJEUR A UNE TIERCE PERSONNE

Nous soussignés, certifions être les représentants légaux (ou tuteur) de l'enfant (ou de l'adulte incapable majeur) désigné ci-dessous :

| Identité du mineur ou incapable majeur |
|---|
| Nom : …… Prénom : ……Date de naissance : ……/……/…….. |

| **Mère ou autre détenteur de l'autorité** Parentale ou tuteur | **Père ou autre détenteur de l'autorité** Parentale ou tuteur |
|---|---|
| A ……, le ……/……/…… **Signature** | A ……, le ……/……/…… **Signature** |

Nous autorisons le cadre de l'unité de soins de la Clinique AXIUM, où est pris en charge le patient, à remettre le mineur ou incapable majeur cité ci-dessus à :

Nom : ……

Prénom : ……

Qualité : ……

Adresse :……

……

Téléphone : ……

## Soins par les stagiaires infirmiers

La clinique AXIUM est un établissement agréé pour l'accueil de stagiaires, vous serez donc amené lors de votre parcours de soins, à être pris en charge ou suivi partiellement par des étudiants qui sont sous la responsabilité d'un maitre de stage et d'un tuteur dans tous les services . Tous les actes pratiqués par ces stagiaires infirmiers sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmiers.

# DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**IMPORTANT :** 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.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné (e), NOM marital : ……
NOM de jeune fille : ……PRENOM(S) : ……

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation.

☐ Je souhaite désigner comme **personne de confiance** :

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOM marital : …… NOM de jeune fille : ……

PRENOM (S): ……

ADRESSE: ……

TELEPHONE (S): ……

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐Un proche ☐Un parent ☐Mon médecin traitant ☐Conjoint

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : ☐ OUI ☐ NON

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.**

**Je m'engage à prévenir la personne de confiance de sa désignation et de son rôle éventuel ainsi que de la communication de ses coordonnées qui figureront dans le dossier administratif.**

**Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation donnée par l'établissement.

| Validation par le patient :<br>Date et signature : | Validation par la personne de confiance désignée :<br>Date et signature : |
|---|---|

# RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

**IMPORTANT :** En application de la **l**oi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie et notamment de son article L. 1111-11, le patient peut rédiger des directives anticipées pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives permettent à chaque patient confronté à la fin de vie d'exprimer sa volonté, notamment concernant les conditions de poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Je soussigné (e), NOM marital : …… Né (e) le ……/……/……
NOM de jeune fille : …… PRENOM(S) : ……

Souhaitez-vous rédiger vos directives anticipées : ☐ oui ☐ non

**Si oui**, je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, et cetera. Entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

☐ J'accepte ☐ Je refuse

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, et cetera.)

☐ J'accepte ☐ Je refuse

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

☐ J'accepte ☐ Je refuse

Validation par le patient :
Date et signature :

Validation par la personne de confiance (si existante) :
Date et signature :

# INFORMATION
# SUR LA PRISE EN CHARGE

## Information sur votre pré admission et votre entrée

Vous devez réaliser votre pré-admission auprès du bureau des entrées avec votre dossier d'hospitalisation et **les documents administratif suivants :**

- une **pièce d'identité** (carte d'identité ou passeport **des 2 parents pour les mineurs**)
- l'acte de jugement pour les patients sous tutelle ou sous curatelle
- extrait du livret de famille **pour les mineurs**
- la carte vitale
- la carte mutuelle
- la feuille d'Accident de travail
- justificatif si remboursement à 100%
- la fiche de liaison transmise par le chirurgien

Si vous souhaitez une chambre particulière, la demande doit être faite lors de la pré-admission.

Parcours à suivre lors de votre arrivée selon l'heure de convocation :

- Pour la chirurgie de la main, dirigez vous directement vers le service ambulatoire.
- Si pré admission faite : présentez vous dans le service ambulatoire concerné
- Si pré admission non faite : présentez vous au bureau des entrées

Les documents médicaux nécessaires à apporter pour votre intervention :

- fiche de liaison / intervention éventuelle
- tout document dument rempli et signé
- tout examen demandé par le chirurgien ou l'anesthésiste : bilan biologique, radio, scanner …

Vous devez obligatoirement avoir eu une consultation avec un médecin anesthésiste.

Il est obligatoire de prévoir une **personne pour vous raccompagner à votre domicile** qui devra signer votre aptitude à sortir.

## Prise en charge des enfants

N'oubliez pas doudou biberons et tétines s'ils y sont attachés afin de créer un climat de confiance. Une infirmière le prendra en charge tout au long de son parcours.

## Informations pratiques

**Pour une intervention de chirurgie esthétique :**

Vous aurez à régler un forfait de chirurgie esthétique à la Clinique.

**Honoraires chirurgicaux :**

Les médecins appartenant au Secteur II définissent leur honoraire puisqu'il s'agit d'un secteur conventionné à honoraires libres. La différence est remboursée par votre mutuelle, selon votre contrat.

**Nous vous conseillons de ne pas apporter d'objets de valeurs (bijoux, argent,…). En cas de perte ou de vol, l'établissement ne peut être tenu pour responsable.**

Possibilité de dépôt dans coffre (se renseigner à l'accueil).

## Après l'intervention

A la sortie de la salle de réveil, vous retrouverez votre chambre.

Le personnel soignant mettra tout en œuvre pour assurer la prise en charge de votre douleur.

Une collation vous sera servie.

Vous ne pourrez quitter le service qu'après autorisation de sortie donnée par l'anesthésiste et le chirurgien ou le gastroentérologue.

Vous récupérerez les ordonnances et les recommandations ainsi qu'un bulletin de sortie avec les numéros utiles en cas de besoin.

Pour les mineurs la sortie se fera avec 2 personnes dont un représentant légal.

Vous devez impérativement sortir accompagné(e) et ne pas rester seul(e) la premier nuit à votre domicile.

**Vous serez contacté par téléphone le lendemain de votre intervention par une infirmière du service pour assurer la continuité des soins et répondre à vos questions éventuelles.**

# PREPARATION CUTANEE

# PRE-OPERATOIRE

**La réalisation de la préparation cutanée pré-opératoire est une mesure nécessaire destinée à réduire le risque infectieux même si le risque 0 n'existe pas.**

## LA DOUCHE PRE-OPERATOIRE AU SAVON ANTISEPTIQUE

***Savon antiseptique de type Bétadine® ou Cytéal® prescrit par votre chirurgien***

| | 1ère douche | 2ème douche |
|---|---|---|
| Si intervention prévue le matin | La veille au domicile | Le matin au domicile |
| Si intervention prévue l'après-midi *(dès 14h)* | La veille au domicile | Le matin au domicile |

### LA DEPILATION

**Avant votre intervention :**

**VOUS DEVEZ REALISER UNE DEPILATION** de la zone à opérer afin de diminuer le risque infectieux

**POUR CE FAIRE**, seule l'utilisation d'une **tondeuse électrique** ainsi que la dépilation à la **cire** (si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention) est autorisée.

OU

*Attention aux réactions allergiques si vous utilisez la cire pour la première fois (réaliser un test)*

**DEPILATION ≠ RASAGE**

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

SI VOUS AVEZ UTILISE UN RASOIR MECANIQUE, **L'INTERVENTION SERA REPORTÉE.**

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).*

### Conseils post-opératoires pour la prévention du risque infectieux

1. **Lavez-vous les mains le plus fréquemment possible ET DE FACON SYSTEMATIQUE après être allé aux toilettes et après avoir mangé.**
2. **Ne touchez pas votre pansement.**

## La douche préopératoire est un véritable soin

**VOICI COMMENT PROCEDER :**

1. **Mouiller soigneusement l'ensemble du corps, les cheveux compris**
   **A noter : les cheveux seront lavés uniquement lors de la 1ère douche**
   *La bétadine® est un savon liquide qui ne colore ni la peau ni les cheveux.*
2. **Respecter les étapes suivantes :**
   - ☞ 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 inter fessier 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
3. **Se sécher avec une serviette propre et mettre des vêtements propres**

Après la 1ère douche, la veille de l'intervention, vous devez vous coucher dans une literie propre.

**Procéder de la même façon pour la 2ème douche.**

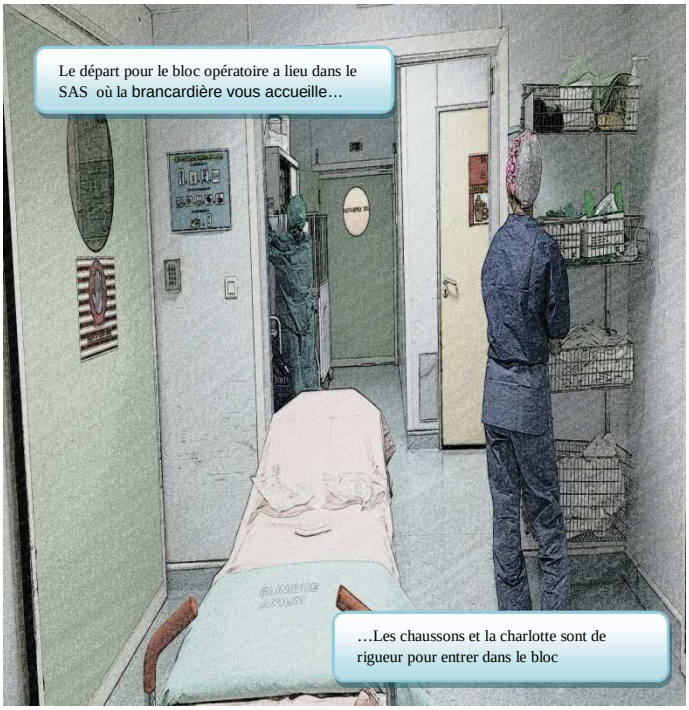
**Nous vous demandons d'entrer en clinique :**

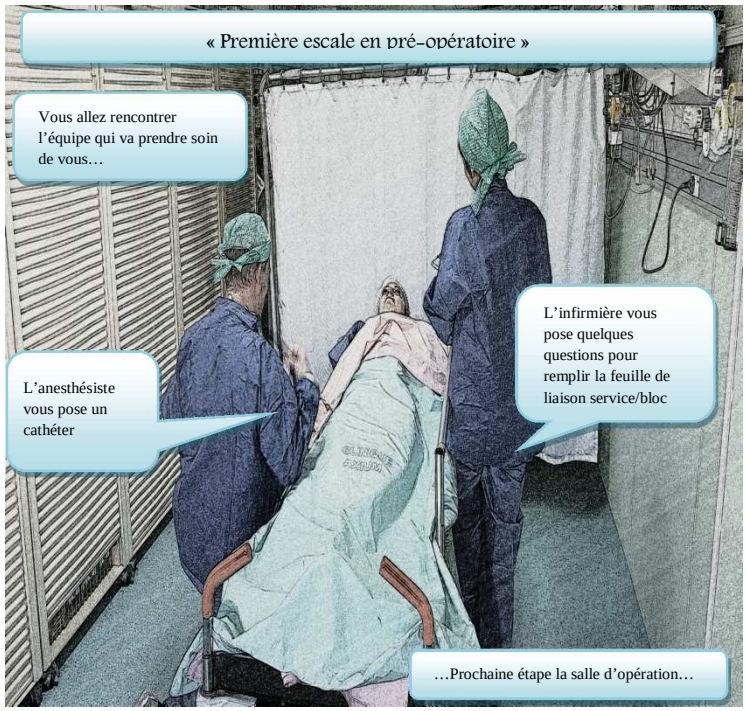
- ☞ Avec des ongles des mains et des pieds coupés, brossés et sans vernis à ongles même incolore.
- ☞ Sans bijoux, Sans piercings, Sans maquillage
- ☞ Avec les dents brossées
- ☞ Avec les cheveux propres et attachés

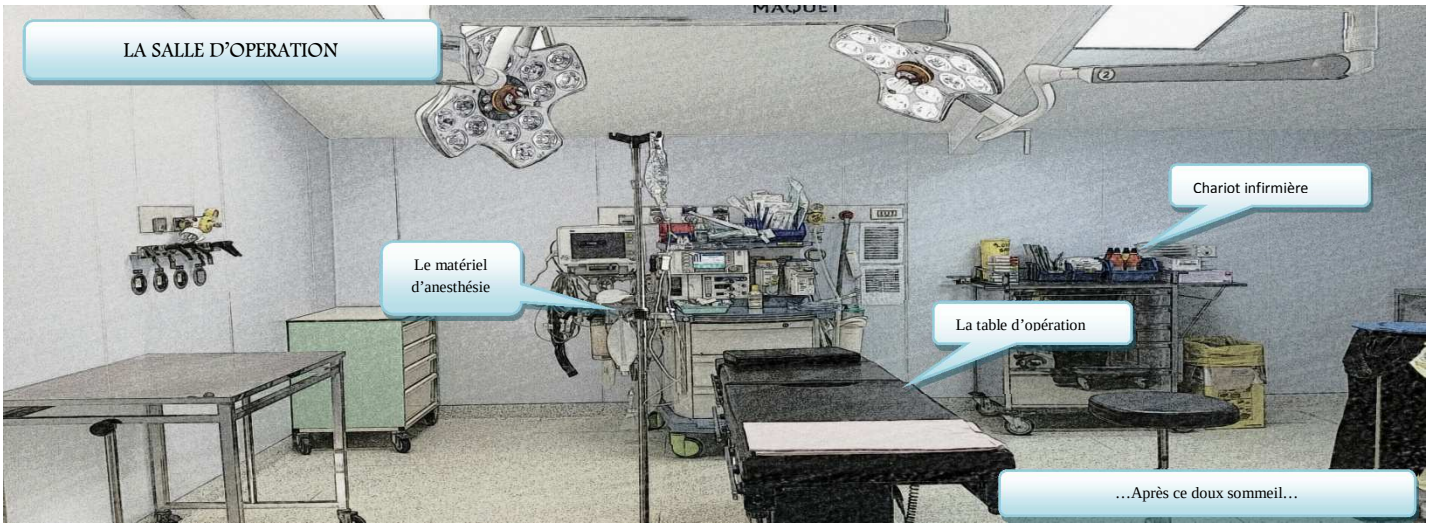
**Je soussigné (e) ……**
**Avoir pris connaissance de ce document**
**Le ……../……../……**

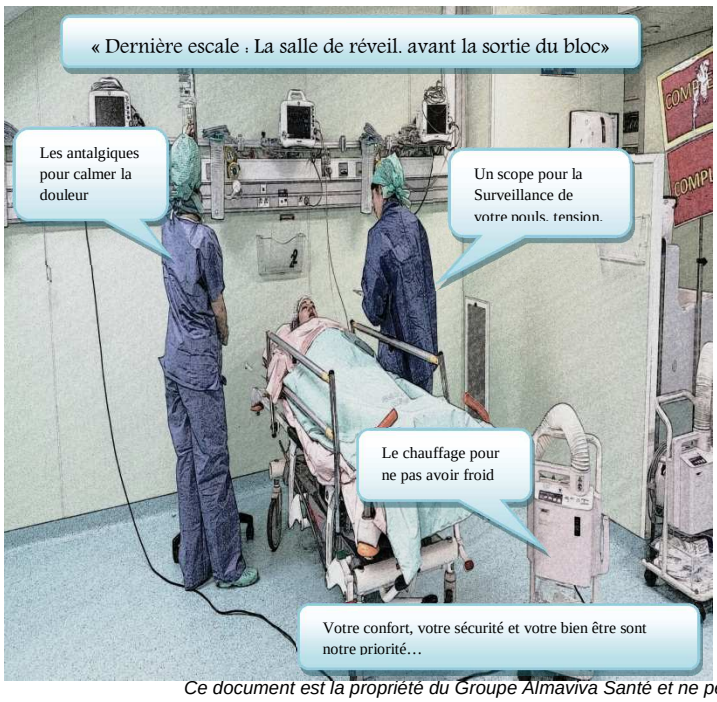
**Signature :**

# VOYAGE AU BLOC OPERATOIRE D'AXIUM



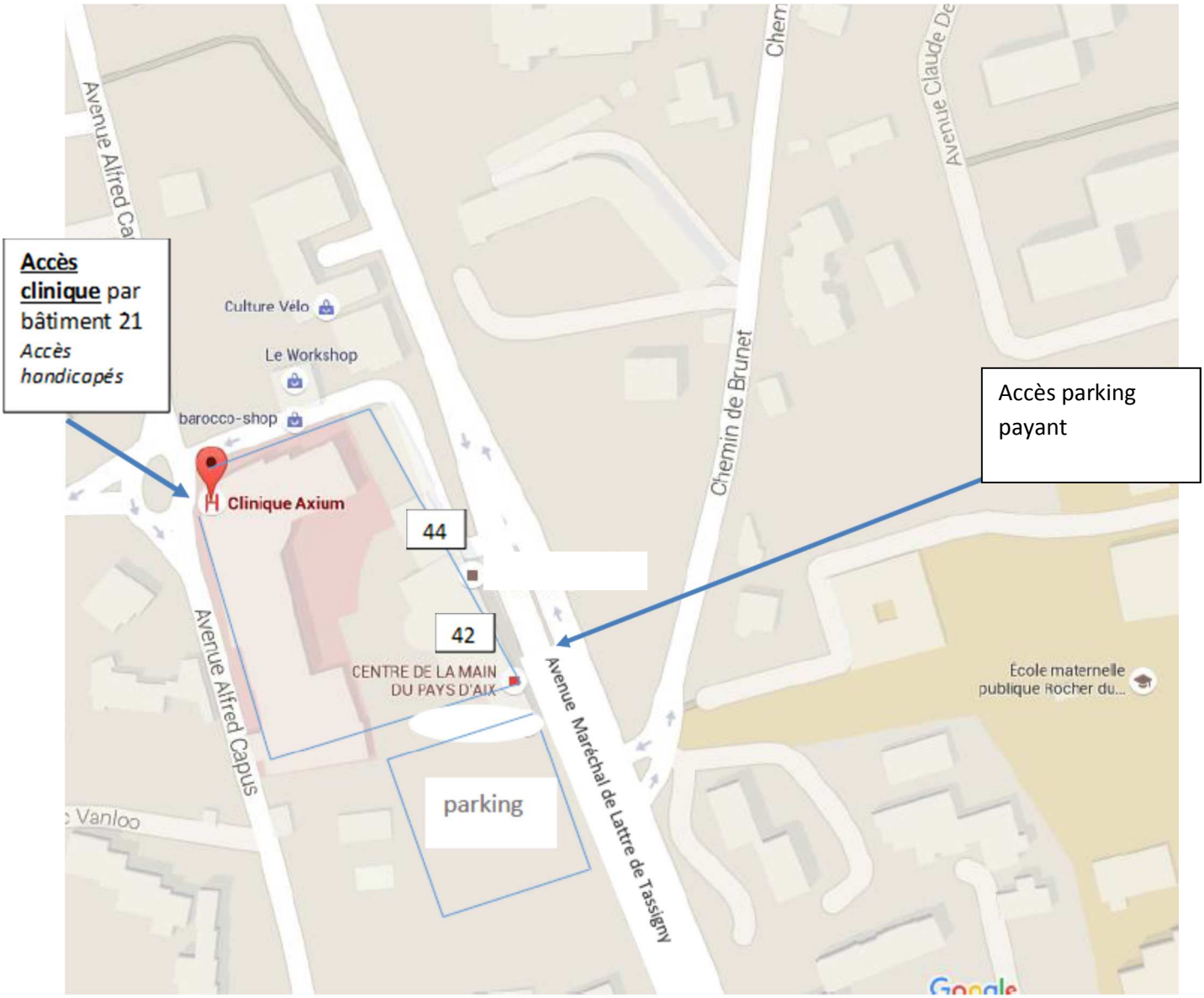



*Ce document est la propriété du Groupe Almaviva Santé et ne peut être reproduit ou communiqué sans son autorisation* 

# CLINIQUE AXIUM

***21 avenue Alfred Capus 13097 Aix en Provence Cedex 02***

***42-44 avenue de Lattre de Tassigny 13090 Aix en Provence***

***Tel : 04 42 95 72 72***