

ETIQUETTE PATIENT

[Cadre réservé à la Clinique]

ENR.DPA.009 V8 02 2018

Nom d'usage :	Nom de naissanc	e : Pr	énom :
Sexe : M F	Né (e) le :	Age :	
Poids :kg	Taille :cm	Profession:	
	Tél	éphone :	
	□ non date de l'arrêt :		
Type d'intervention pré	vue :		
Intervention prévu	e le :		làL lhL

DOSSIER DE PRE-ADMISSION PASSEPORT HOSPITALISATION

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	De 8h à 20h
Au 04 42 95 73 08	Au 04 91 16 56 97

Vous pouvez aussi prendre rendez-vous <u>DIRECTEMENT par internet</u>: <u>www.doctolib.fr</u> 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 <u>AVANT</u> le jour de l'hospitalisation.



Attention, 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 / 12 / 14 / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 23 POUR LES MINEURS : pages 18 et 19

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 préanesthésique :

Veuillez vous présenter à la consultation (selon l'heure du rendez-vous que vous avez pris au préalable) au 1^{er} 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.

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

et l'intervention et dans cet intervalle, je reconnais que vous êtes à ma disposition 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 mininvasive (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 des pratiques diététiques système, 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 18).				

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

Si mineur ou majeur protégé, remplir le document page 18.

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

ETIQUETTE PATIENT Ou indication : Nom prénom date de naissance

П

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 proche	es a-t-il été	soigné pou	r:		
Diabète	Infarctus	Embolie pul	monaire <i>A</i>	sthme	Phlébite	Allergie	
Porphyrie	Hémophilie	Creutzfeld-J	acob N	/laladie mus	sculaire	Maladie	
neurologique	9						
Une autre ma	aladie grave :						
	(ou votre enf						
AVEZ-VOUS	<u>DÉJÀ ÉTÉ OPÉF</u>	<u>RÉ? Si oui, de e</u>	<u>quoi et qua</u>				
	•••••		•••••		•••••	•••••	•••••
	•••••						•••••
Avez-vous eu	i une anesthési	ie générale ?	Qui Non	L'avez-vo	us bien support	ée? Ou	i Non
		-			us bien support		
		•			us bien supporte		
- 1							

ETIQUETTE PATIENT Ou indication : Nom prénom date de naissance

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES?

	otiques ? Si oui,	-						
Autres mé	dicaments?							
Iode	Latex	Spara	drap		Métaux		Fruits	Cacahuètes
Pollens	Graminées	Pouss	ière		Abeille Au		S :	
Cela se pré	esente comme : F	Réactior	ı cutane	ée	Réaction ocu	ulaire	Choc a	naphylactique
	C	crise d'a	sthme		Œdème de (Quincke	Rl	ninite
PROBLEMI	ES CARDIO-VASC	ULAIRE	<u>s</u>		Spéc	ifiez		
Hypertensi	ion artérielle		OUI	NON				
Palpitation	ıs, troubles du ry	thme	OUI	NON				
Angine de	poitrine ou infar	ctus	OUI	NON				
Pacemakei	r		OUI	NON				
Souffle au	cœur		OUI	NON				
Œdème pu	ılmonaire		OUI	NON				
Œdème m	embres inférieur	es	OUI	NON				
Varices			OUI	NON				
Phlébites c	ou Paraphléblites		OUI	NON				
Embolie pu	ulmonaire		OUI	NON				
Maladie de	es artères		OUI	NON				
Intervention	on cardiaque + la	quelle	OUI	NON				
PROBLEMI	ES RESPIRATOIRE	<u> </u>			Spéc	ifiez		
Asthme+ d	late dernière cris	e	OUI	NON				
Bronchite (chronique		OUI	NON				
Tuberculos	se + date		OUI	NON				
Pleurésie,	Pneumonie		OUI	NON				
Emphysèm	ne		OUI	NON				
Pneumoth	orax		OUI	NON				
Bronchosc	opie		OUI	NON				
PROBLEMI	ES NEUROLOGIQ	<u>UES</u>			Spéc	ifiez		
Convulsion	rs, Épilepsie		OUI	NON				
Accident v	asculaire cérébra	ıl	OUI	NON				
Dépression	า		OUI	NON				
Migraine			OUI	NON				
Spasmoph	ilie		OUI	NON				
Alzheimer			OUI	NON				
Méningite			OUI	NON				
Sciatique			OUI	NON				
Intervention	on neurologique+	-date	OUI	NON				
PROBLEMI	ES DIGESTIFS				Spéc	ifiez		
	e, coloscopie		OUI	NON				
-	tale, Œsophagite		OUI	NON				
Gastrite, U	Icère d'estomac		OUI	NON				
Hépatite, J	aunisse, Cirrhose	9	OUI	NON				
Calculs dar	ns la vésicule		OUI	NON				

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-METABO	LIQUES	<u>S</u>	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
PROBLEMES DE COAGULATIONS Problème de coagulation	OUI	NON	Spécifiez
	OUI OUI	NON NON	•
Problème de coagulation			
Problème de coagulation Transfusions de sang + date	OUI	NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie	OUI OUI	NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand	OUI OUI	NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels	OUI OUI OUI	NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement	OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez	OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON NON NON NON NON NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel Lors d'une circoncision, amygdalect	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON	
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel Lors d'une circoncision, amygdalect Saignement > 24h Transfusion	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON	nie, suture de la peau :
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel Lors d'une circoncision, amygdalect Saignement > 24h Transfusion PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES	OUI	NON	nie, suture de la peau :
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel Lors d'une circoncision, amygdalect Saignement > 24h Transfusion PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES Arthrose, Polyarthrose	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	NON	nie, suture de la peau :
Problème de coagulation Transfusions de sang + date Hémophilie Maladie de Willebrand Anticoagulants + lesquels Fait des bleus facilement Saignement de nez Saignement dans articulation Sang dans urine Saignement > 15min lors prise de sang Saignements familiaux chez homme côté maternel Lors d'une circoncision, amygdalect Saignement > 24h Transfusion PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES	OUI	NON	nie, suture de la peau :

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 pou	ır prend	dre vos r	médicaments : OUI NON
Avez-vous une maladie non citée dans le d	questio	nnaire?	
OUI NON Laquelle?			
QUELS MEDICAMENTS PRENEZ-VOUS ACT	UELLEN	/IENT +	DOSAGE? Surlignez ceux non
prescrits par votre médecin (automédica	tion, la	xatifs, p	hytothérapie, complément
alimentaire etc).			
	•••••	••••••	
	•••••	••••••	
	•••••	••••••	
REMARQUES OU AUTRES PROBLEMES OU	INQUIE	ETUDES	PARTICULIERES?
	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	

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 inf	ormations et donne mon consentement à tout
examen, investigation et intervention néce	essités par mon état, y compris l'anesthésie:
anesthésie locale plus sédation, anesthésie l	ocorégionale, anesthésie générale. Mon accord
concerne également la transfusion de sang ou	ı les dérivés sanguins, jugée indispensable par le
médecin anesthésiste. J'accepte toute modif	fication de technique anesthétique qui pourrait
s'avérer pendant l'intervention. Je refu	use l'anesthésie prévue pour les raisons
suivantes :	
Fait àlele	
Signature: Précédée de la mention "lu et a	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.

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 anesthésisteréanimateur. 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 anesthésisteréanimateur.

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 passager.

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?

une rachianesthésie Après 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.

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.

Si au cours de votre séjour, votre état nécessite de façon impérative une transfusion sanguine, ou la prescription d'un produit dérivé du sang, sachez que malgré les progrès réalisés dans le dépistage sur les dons du sang, il persiste un risque minime de maladies transmissibles par transfusion. Aussi, dans votre intérêt, il nous incombe de réaliser différents examens sérologiques sanguins dans les cas suivants :

- avant toute transfusion, mais aussi quand il existe des facteurs de risques personnels,
- ou si vous avez subi des transfusions sans avoir bénéficié de contrôles viraux.

Si vous avez été transfusé, nous vous remettrons un document d'information post-transfusionnel.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur.

	TRANSFU	SION		
Au cours de la consultation d'anes	thésie du//	'		
avec le Docteur	•			
 J'estime avoir été suffisamment informé(e) du risque transfusionnel J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. 				
J'accepte la transfusion de sang anesthésiste réanimateur :	g ou de dérivés □ Oui	sanguins jugés □ Non	indispensables par le médecin	
NOM:	PRENOM:			
DATE:				
SIGNATURE :				

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA TRANSFUSION

Les produits et leurs indications

Les produits sanguins regroupé sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouge, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du dont de sang de donneurs bénévoles.

Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.

Les globules rouges ont pour fonction de transport de l'oxygène vers les tissus.

Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang. D'une manière générales, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire.

Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

Les risques connus

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

Des risques liés aux très nombreux groupes sanguins.

Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus. Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés "irréguliers"), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.

Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

Des risques résiduels de contamination Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques Les estimations pour 2005 sont les suivantes :

- 1 infection par des bactéries pour 125000 produits sanguins
- 1 infection par le virus de l'hépatite B pour plus de 2 millions de dons de sang
- 1 infection par le virus du sida (VIH) pour près
- de 4 million de dons de sang
- 1 infection par le virus de l'hépatite C pour 6 millions de dons de sang
- 3 cas de transmission de l'agent de la maladie
- de Creutzfeldt-Jakob par une transfusion en Grande-Bretagne.



DOCUMENT D'INFORMATION PRE ET POST TRANFUSIONNEL

NOM:

Prenom:	
Date de naissance :	
Je déclare avoir été informé(e) que mon état de sant sanguins labiles.	é peut nécessiter l'administration de produits
En conséquence, j'autorise l'équipe du docteurtransfusions nécessaires.	à réaliser les
Il a été porté à ma connaissance, conformément au transfusionnel comportant au minimum les examens sommuniqués): • Dosage des transaminases, • Sérologie des hépatites B et C, • Sérologie VIH 1 et VIH 2.	
	sfusionnel : 'agglutinines irrégulières (RAI)
Ce suivi post-transfusionnel peut être effectué par r pratiquer le bilan sanguin pré-transfusionnel et l laboratoire d'analyses médicales.	
-	gnature du patient du représentant légal :

N.B. :Ce document est à faire signer par le patient ou son représentant légal avant toute administration de

PSL. En cas d'urgence, celle-ci prime et la signature sera à obtenir dans un deuxième temps.

ETIQUETTE PATIENT
Ou indication : Nom prénom date de naissance

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AVANT UNE ANESTHESIE

Vous allez être hospitalisé(e) en hospitalisation complète

Cadre réservé au	u praticien
♦ Traitement à arrêter :	
I .	
→ Prendre votre traitement dans un fond de verre d'	eau.
I ○ Habituel	
O à	heures

→ En hospitalisation complète comme en chirurgie 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
- **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	De 8h à 20h	
Au 04 42 95 73 08	Au 04 91 16 56 97	

- rapporter toutes les ordonnances concernant tous les médicaments que vous prenez.

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
- 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 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'ENSEMBLE DE VOTRE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX HABITUEL DOIT ÊTRE REMIS AUX INFIRMIÈRES LORS DE VOTRE HOSPITALISATION ET 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.

Je m'engage à remettre aux infirmières tous les médicaments	nécessaires	à
mon traitement habituel.		

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	Le père de l'enfant		
ou autre détenteur de l'autorité parentale	ou autre détenteur de l'autorité parentale		
ou tuteur (incapable majeur)	ou tuteur (incapable majeur)		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Date de naissance :/	Date de naissance :/		
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :		
Téléphone portable :	Téléphone portable :		
Code postal :	Code postal :		
Ville :	Ville :		
	<u>fant</u> ou le livr <mark>et de famille ou une photocopie de ce</mark>		
dernier sera demandée ainsi que la <u>carte d'identité</u>			
Nous autorisons l'équipe médico-chirurgicale	de la Clinique AXIUM à l'opérer de		
	s moyens nécessaires à sa prise en charge y compris les types		
_	re(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur		
fournir une copie de la décision lors de votre admission.	décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif de		
Pour les patients sous tutelle, le tuteur doit apporter la p	photoconia du jugament de mise sous tutelle		
•	le attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des		
renseignements fournis ci-dessus.	ie attestent thatun en te qui le concerne, i exactitude des		
_	ue l'autorité parentale est conjointe (enfant né de parents		
mariés ou né de parents non mariés mais reconnu par les	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
·	ossible de nous transmettre ce document avec sa signature		
	ment signé par les titulaires de l'autorité parentale et remis		
à l'établissement, <mark>au plus tard le jour de l'hospitalisation</mark>			
Mère ou autre détenteur de l'autorité	Père ou autre détenteur de l'autorité		
Parentale ou tuteur	Parentale ou tuteur		

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.

A, le/...../.....

Signature

Signature

A, le/...../.....

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	Père ou autre détenteur de l'autorité
Parentale ou tuteur	Parentale ou tuteur
A	A, le/

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 personi	ne de confiance :
·	ité qui m'est offerte de désigner une personne de efois, je ne souhaite pas désigner une personne de rocéder à une désignation.
☐ Je souhaite désigner comme personne ☐ Monsieur	de confiance : Madame Mademoiselle
NOM marital : NON	1 de jeune fille :
PRENOM (S):	
ADRESSE:	
TELEPHONE (S):	
Cette personne de confiance, légalement capab	ole, est :
☐Un proche ☐Un parent ☐Mor	n médecin traitant Conjoint
Je souhaite que cette personne de confiance m tous les entretiens médicaux afin de m'aider da	accompagne dans toutes mes démarches et assiste à ns 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 confian que de la communication de ses coordonnées	ce de sa désignation et de son rôle éventuel ainsi qui figureront dans le dossier administratif.
Je peux révoquer cette désignation à tout mor écrit l'établissement, en remplissant la fiche de	nent et dans ce cas, je m'engage à en informer par e désignation donnée par l'établissement.
Validation par le patient : Date et signature :	Validation par la personne de confiance désignée : Date et signature :

RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

<u>IMPORTANT</u>: En application de la loi 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 :PRENOM(S) :Né (e) le//	
Souhaitez-vous rédiger vos directives anticipées :	
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 <u>situations</u> 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 <u>actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet</u> .	
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 <u>associée à un traitement de la douleur</u> , 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 : Validation par la personne de confiance (si existante) : Date et signature : 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

Parcours à suivre lors de votre arrivée à partir de 15h :

- rencontre avec la diététicienne le jour de votre entrée pour signaler les intolérances ou régimes particuliers si cela n'a pu être fait lors de la pré-admission. Sinon, la diététicienne vous rencontrera le lendemain de votre entrée dans la clinique.
- dirigez-vous vers le standard pour la mise en service de la télévision, du téléphone et du WIFI.
- Dirigez-vous vers le service d'hospitalisation concerné et présentez-vous à l'infirmerie.

Les documents médicaux nécessaires pour votre hospitalisation

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

Informations pratiques

Effets personnels:

Vous devez apporter vos effets personnels ainsi que votre linge de toilette et en assurer l'entretien.

Nous vous conseillons de ne pas apporter d'objets de valeurs. 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).

Chambre particulière:

Si vous souhaitez une chambre particulière, vous devez la réserver à l'avance auprès du service concerné, nous ferons tout notre possible pour vous l'attribuer mais en aucun cas cela peut être une certitude.

Pour une intervention de chirurgie esthétique:

Vous aurez à régler un forfait de chirurgie esthétique à la Clinique. Une caution équivalente au forfait vous sera réclamée et restituée à votre départ.

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.

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 <u>Bétadine® ou Cytéal®</u> prescrit par votre chirurgien

Entrée en clinique le jour de l'intervention :

	1 ^{ère} douche	2 ^{ème} douche
Si intervention prévue	La veille au	Le matin au
le matin	domicile	domicile
Si intervention prévue	La veille au	A la clinique
l'après-midi (dès 14h)	domicile	

Entrée en clinique la veille de l'intervention :

Les 2 douches préopératoires seront réalisées à la clinique.

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

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

La douche pré-opératoire est un véritable soin

VOICI COMMENT PROCEDER:

 Mouiller soigneusement l'ensemble du corps, les cheveux compris

<u>A noter :</u> les cheveux seront lavés uniquement <u>lors de la 1^{ère} douche</u>

La bétadine^R 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 1^{ère} douche, la veille de l'intervention, vous devez vous coucher dans une <u>literie</u> propre.

Procéder de la même façon pour la 2^{ème} douche.

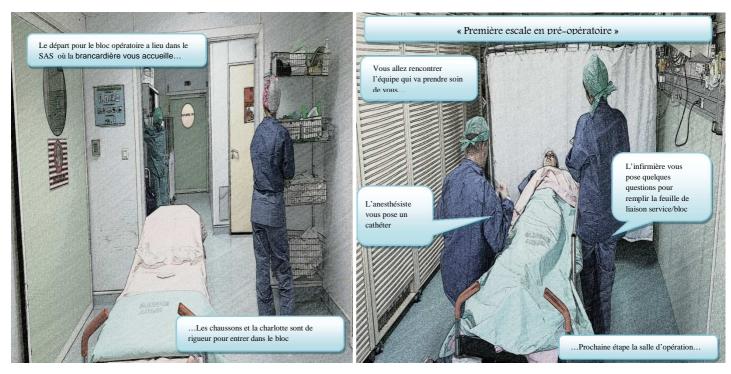
Nous vous demandons d'entrer en clinique :

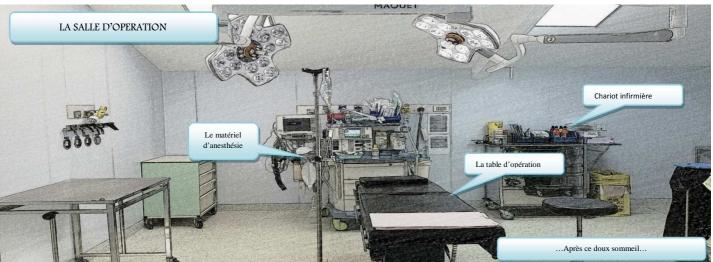
- Avec des ongles des mains et des pieds coupés, brossés et sans vernis à ongles même incolore.
- Sans bijoux, Sans piercings, Sans maquillage
- Avec les dents brossées
- Avec les cheveux propres et attachés

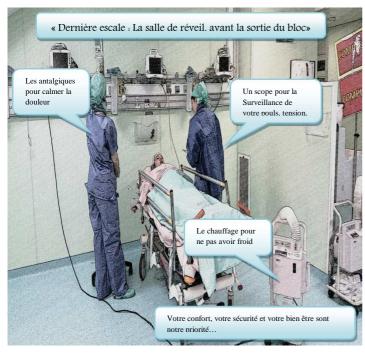
Je soussigné (e)
Avoir pris connaissance de ce document
Le/
-

Signature:

VOYAGE AUBLOC OPERATOORE D'AXOUM











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

