



Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
 Sexe : M F Né (e) le : Age :
 Poids :kg Taille :cm
 Adresse :
 Téléphone :
 Chirurgien : Dr
 Type d'intervention prévue :

DOSSIER DE PRE ADMISSION ET D'HOSPITALISATION

Avant une intervention chirurgicale et/ou un acte sous anesthésie, vous devez réaliser une consultation pré-anesthésique au minimum 48h avant l'intervention. Prenez rendez-vous au **04 42 95 73 08 de 8h à 18h**.

Pour faciliter les formalités administratives le jour de votre hospitalisation et ainsi vous permettre une prise en charge plus rapide et plus sereine, nous vous recommandons de réaliser **votre pré-admission**. Pour cela, présentez-vous au bureau des entrées de la clinique entre 7h et 18h du lundi au jeudi, entre 7h et 17h le vendredi et entre 13h30 et 18h le dimanche, **avec une pièce d'identité, vos cartes mutuelle/vitale et les documents relatifs à votre hospitalisation.**



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

Intervention prévue le : à h



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 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 11 / 13 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19 / 20

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 :

Veillez-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 rempli.
2. Vos documents médicaux les plus récents : radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang.
3. Une liste de vos médicaments habituels.
4. Eventuellement 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.

Notre établissement travaille en collaboration avec des instituts de formations en soins infirmiers. Les stagiaires présents dans notre établissement sont sous la responsabilité d'un maître de stage et d'un tuteur dans tous les services.

Tous les actes pratiqués par ces stagiaires sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmiers.

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

d'un **déla** minimum entre la consultation 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 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 17).

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

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

reconnait 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 cutanéomuqueuse 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 17.

Autorisation de soins par les stagiaires

J'accepte la présence et les soins effectués par les stagiaires :

Oui

Non

Signature du patient



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 RhiniteCrise

d'asthme Œdème de Quincke choc anaphylactique

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 Paraphlébites	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

Fibroskopie, 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	.....
Hémorragie digestive	OUI	NON	.....
Maladie de Crohn, Rectocolite	OUI	NON	.....

PROBLEMES URINAIRES

Infections urinaires, Cystite	OUI	NON
Coliques néphrétiques	OUI	NON
Insuffisance rénale	OUI	NON
Pyélonéphrite	OUI	NON
Problème de prostate	OUI	NON

Spécifiez

.....

.....

Dialyse ?

.....

.....

PROBLEMES ENDOCRINO-METABOLIQUES

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

Spécifiez

.....

.....

.....

.....

.....

PROBLEMES HEMATOLOGIQUES

Anémie	OUI	NON
Transfusions de sang + date	OUI	NON
Problèmes de coagulations	OUI	NON
Problèmes de rate ou ganglions	OUI	NON
Hémophilie	OUI	NON
Maladie de Willebrand	OUI	NON
Anticoagulants + lesquelles	OUI	NON
Hormones de croissance	OUI	NON
Greffe de cornée, dure mère	OUI	NON

Spécifiez

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES

Arthrose, Polyarthrose	OUI	NON
Scoliose, Cyphose	OUI	NON
Maladie de Bechterev	OUI	NON

Spécifiez

.....

.....

.....

PROBLEMES OPHTHALMOLOGIQUES

Glaucome, forte myopie	OUI	NON
------------------------	-----	-----

Spécifiez

.....

GYNECOLOGIE-OBSTETRIE

Nombre de grossesses		
Grossesses bien passés?	OUI	NON
Risque-vous d'être enceinte?	OUI	NON
Infections vaginales	OUI	NON
Prenez-vous la pilule ?		OUI NON
Portez-vous un stérilet	OUI	NON

Spécifiez

Nombre d'accouchements

.....

.....

.....

.....

Laquelle :.....

PROBLEMES DIVERS

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
Lentilles de contact, lunettes	OUI	NON
Avez-vous eu une radiothérapie	OUI	NON
Avez-vous eu une chimiothérapie	OUI	NON
Avez-vous eu des chutes récemment	OUI	NON

Spécifiez

.....

.....

.....

NON, de temps en temps,

.....

Avez-vous des dents qui bougent

OUI NON

Prothèse auditive

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?

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

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 anesthésique qui pourrait s'avérer pendant l'intervention. Je refuse l'anesthésie prévue pour les raisons suivantes :.....

Fait àleSignature: 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.

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHÉSIE 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 postinterventionnelle (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 postinterventionnelle, vous serez pris (e) en charge par un personnel infirmier spécialisé et qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

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.

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.

TRANSFUSION

Au cours de la consultation d'anesthésie 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 ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur : Oui Non

NOM :

PRENOM :

DATE :

SIGNATURE :



POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA TRANSFUSION

Les produits et leurs indications

Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du 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 générale, 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 millions 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 TRANSFUSIONNEL

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Je déclare avoir été informé(e) que mon état de santé peut nécessiter l'administration de produits sanguins labiles.

En conséquence, j'autorise l'équipe du docteur.....à réaliser les transfusions nécessaires.

Il a été porté à ma connaissance, conformément aux textes en vigueur, qu'un bilan sanguin pré-transfusionnel comportant au minimum les examens suivants sera pratiqué (les résultats me seront communiqués) :

- Dosage des transaminases,
- Sérologie des hépatites B et C,
- Sérologie VIH 1 et VIH 2.

Dans l'hypothèse où ces actes transfusionnels se seraient avérés nécessaires, il m'a été expressément conseillé d'effectuer un suivi post- transfusionnel :

- 15 jours après la transfusion : recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)
- 3 à 6 mois après la transfusion : - dosage des transaminases,
 - sérologie des hépatites B et C
 - sérologie des VIH 1 et VIH 2

Ce suivi post-transfusionnel peut être effectué par mon médecin traitant ; il est recommandé de pratiquer le bilan sanguin pré-transfusionnel et le suivi post-transfusionnel dans le même laboratoire d'analyses médicales.

Date :

Signature du patient
ou 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.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AVANT UNE ANESTHÉSIE

Vous allez être hospitalisé(e) en hospitalisation complète

Cadre réservé au praticien

✧ **Traitement à arrêter :**

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

Habituel

..... 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 **04.42.95.73.08**
- 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 modifiez 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

* 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

- 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'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 :



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 ou autre détenteur de l'autorité parentale ou tuteur (incapable majeur)	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale 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 :

Si l'enfant ne porte pas le même nom que celui de la mère, apporter le livret de famille ou une photocopie.

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. Le cas échéant, il est demandé au parent présent de remplir l'attestation sur l'honneur en page 19.

Mère ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur	Père ou autre détenteur de l'autorité Parentale ou tuteur
A, le/...../.....	A, le/...../.....
Signature 	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 :

ACTE CHIRURGICAL « ENFANT MINEUR » ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance ://.....

Date de l'intervention ://.....

Praticien :

Je soussigné(e) , Madame, Monsieur, Mademoiselle

..... atteste sur l'honneur que :

La mère

Le père

de mon enfant

a été informé(e) de l'intervention, mais n'a pu signer les documents d'autorisation d'opérer (*)

n' a pas été informé(e), en foi de quoi je signe le présent document. (*)

Fait à Aix en Provence, le

Signature

(*) : *barrer la mention inutile*

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 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.

Fait à Le

Signature du patient :



IMPORTANT Vous avez la possibilité, si vous êtes majeur, d'établir des directives anticipées précisant les conditions que vous souhaitez voir appliquer à la fin de votre vie dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté. Ces directives peuvent autoriser le médecin dans le cadre d'une procédure collégiale à prendre la décision de limiter ou d'arrêter vos traitements alors que les poursuivre relèverait d'une obstination déraisonnable.

Le document écrit doit être daté et signé par vous-même. Sa durée de validité est de 3 ans.

Ces directives peuvent être renouvelées, modifiées ou révoquées à tout moment.

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 administratifs suivants :

- **une pièce d'identité** (carte d'identité ou passeport)
- 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 dûment 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.

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 Bétadine® ou Cytéal® prescrit par votre chirurgien

➤ Cas n°1 : Entrée en clinique le jour de l'intervention

	1 ^{ère} douche	2 ^{ème} 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	A la clinique

➤ Cas n°2 : Entrée en clinique la veille de l'intervention

Les 2 douches préopératoires seront prises à la clinique.

LA DEPILATION



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

Vous ne devez **EN AUCUN CAS VOUS RASER LE SITE OPERATOIRE. SI VOUS VOUS ETES RASÉ VOTRE INTERVENTION SERA REPORTEE.**

Seule la dépilation à la cire est autorisée si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention.

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

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

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

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

La douche pré-opératoire 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 1^{ère} douche
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 litière 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

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.



CLINIQUE AXIUM