

MON PASSEPORT « Chirurgie Ambulatoire »

1 - LE JOUR DE MA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Je prépare :

Une pièce d'identité



- ✓ carte d'identité
- ✓ ou passeport
- ✓ et/ou livret de famille

Ma carte vitale



Ma carte de mutuelle



- Mes **ordonnances** en cas de traitements en cours.
- Mon **dernier bilan sanguin, mes comptes-rendus médicaux spécialisés (cardiologue...)**

NB : Pour les patients mineurs, l'accompagnant doit apporter la carte d'identité des deux parents, ainsi que le livret de famille.

Je remets à la secrétaire **l'ensemble de mon passeport complété.**

2 – AVANT MON INTERVENTION

Je m'assure que **les consentements**, pour la chirurgie **ET** pour l'anesthésie, **soient signés.**

Pour les mineurs : les consentements nécessitent d'être signés par les deux parents ou le représentant légal.

En l'absence des consentements la chirurgie sera annulée

Je respecte les consignes données par le médecin anesthésiste et le chirurgien, je vais à la pharmacie chercher les traitements qui m'ont été prescrits.

Je reçois un SMS, ou à défaut un appel m'indiquant l'heure à laquelle je dois me présenter dans le service (information page 7).

J'organise mon retour, en prévoyant une personne pour me raccompagner et pour rester auprès de moi la nuit suivante.

3 - LE JOUR DE MON INTERVENTION

- Je respecte les consignes de jeûne.
- Je pense à apporter mes examens complémentaires et autres documents :
 - carnet de santé (pour les enfants).
 - papiers d'accident de travail ou de maladie professionnelle.
 - radiographies, électromyogramme, échographie, écho-doppler, examens complémentaires...
- Je prends une douche le matin de l'intervention en respectant les consignes suivantes :



MATÉRIEL



Utilisez un savon neuf et frotter avec vos mains.

Préparez une serviette propre et du linge propre pour la sortie de la douche



CONSEILS ET BONNES PRATIQUES

ÉTAPE 1 Mouiller le corps.

ÉTAPE 2 Laver impérativement la tête et les cheveux

ÉTAPE 3 Laver le corps. Appliquer le savon et commencer à savonner du haut vers le bas, toujours en faisant mousser et en insistant :

- sous les bras au niveau des aisselles,
- sur le nombril,
- sur les organes génitaux,
- sur les plis, y compris le pli inter fessier,
- sur les pieds et entre les orteils.

ÉTAPE 4 Rincer

ÉTAPE 5 Recommencer une deuxième fois

ÉTAPE 6 Se sécher avec une serviette propre.

ÉTAPE 8 Mettre des sous-vêtements et vêtements propres.

ÉTAPE 9 Se brosser les dents.

ATTENTION pour une chirurgie vasculaire de ne pas effacer le marquage



Pas de lentilles



Pas de bijoux /piercing



Pas de maquillage



Pas de crème, ni de parfum



Pas de vernis /gel ou faux ongles

- Je n'importe ni argent, ni objet de valeur.
- J'apporte mon traitement personnel et je respecte les consignes.
- Je me rends dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire au 1^{er} étage.

IDENTITOVIGILANCE

Le bon soin au bon patient

MON IDENTITÉ C'EST MA SÉCURITÉ

Il me sera demandé de décliner mon identité à chaque étape de ma prise en charge.



- ➔ Je me fais accompagner pour ma sortie.
- ➔ Je ne dois pas conduire de véhicule, ni prendre les transports en commun seul(e).
- ➔ Il est recommandé de ne pas rester seul à la maison la nuit qui suit l'intervention.

POUR LES MINEURS :

- Je **reste auprès de mon enfant** tout au long de son **hospitalisation dans le service**. À défaut une personne majeure à qui je donne procuration pourra rester auprès de lui **jusqu'à sa sortie**.
- Les enfants accompagnants mineurs ne sont pas autorisés dans le service.
- Afin de rendre le séjour plus agréable pour l'enfant :
 - Je l'**accompagne jusqu'à l'entrée du bloc**.
 - J'**apporte un jouet ou un doudou**.
 - Je **peux le retrouver en salle de réveil**.

Pensez à nettoyer
le doudou



4 – DE RETOUR À MON DOMICILE

- Je respecte les recommandations.
- Le lendemain de mon intervention, je reçois un **SMS, ou à défaut un appel** me demandant si le retour à la maison s'est bien passé.



INFORMATION DES PATIENTS SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document, élaboré par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), en partenariat avec des représentants des usagers du CISS (Collectif Inter-associatif Sur la Santé) est destiné à vous informer sur les différentes techniques d'anesthésie et leurs risques éventuels. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Vous pourrez également poser à ce médecin les questions que vous souhaitez sur votre anesthésie. Pour les questions relatives à l'acte médical ou chirurgical qui motive l'anesthésie, il appartient au seul spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale improprement appelée « anesthésie locale ».

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, dont la profondeur peut être adaptée, produit par l'injection de médicaments et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques.

L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie du 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. Il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit par un dispositif (cathéter) placé à proximité des nerfs concernés.

La **rachianesthésie** et l' sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

Une anesthésie générale peut être associée à une anesthésie locorégionale, soit en raison de particularités anesthésiques recherchées, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Certaines équipes peuvent, pour certains actes, proposer l'hypnose comme technique alternative. Elle est utilisée seule ou associée aux autres techniques d'anesthésie.

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent programmé, nécessite une **consultation spécifique** plusieurs jours à l'avance où pourront vous être prescrits des examens et bilans complémentaires.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite préanesthésique, vous serez informé(e) des différentes **techniques d'anesthésie** possibles et **adaptées à votre cas**. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. A cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences, au cours du dialogue avec le médecin.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Vous rencontrerez à nouveau un médecin anesthésiste lors de votre hospitalisation (visite préanesthésique). Le médecin qui assurera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation ou en visite préanesthésique, mais il disposera de votre dossier médical. En cas de nécessité, il pourra être amené à modifier la technique prévue initialement et vous en informera sauf en cas d'urgence.

2. 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 adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Ces vérifications techniques s'accompagnent de la vérification obligatoire de votre identité, de la nature et du côté de votre opération.

En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de réveil »). Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier ; toutefois, une anesthésie, même conduite avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter.

Les complications graves de l'anesthésie (cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses) sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

Ces risques et inconvénients ne surviennent pas systématiquement. Ils sont aussi en fonction de votre propre sensibilité, de votre état de santé, de la durée et du mode d'anesthésie.

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES A L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Tous les symptômes cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à les signaler le plus rapidement possible :

- Il vous sera demandé de **respecter un jeûne** et d'arrêter le tabac avant l'anesthésie ; c'est une sécurité. Le jeûne permet d'éviter les accidents graves de passage de vomissement dans les poumons. Ces instructions sont donc impératives à respecter.
- Des **nausées et des vomissements** peuvent survenir au réveil.

- Une *rougeur douloureuse au niveau de la veine* dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
- L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des *maux de gorge ou un enrrouement au réveil*.
- Des *traumatismes dentaires* sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.
- La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un *engourdissement* ou, exceptionnellement, la *paralysie temporaire d'un bras ou d'une jambe*.
- Après une anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des *troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration* peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie. Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

5. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ?

- Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les **mêmes consignes de jeûne** que pour une anesthésie générale.
- Toute anesthésie locorégionale peut se prolonger quelques heures et impose la prudence quand à l'utilisation du membre anesthésié. L'utilisation du membre endormi n'est possible qu'après récupération complète de la sensibilité et de la motricité.
- **Anesthésie périmédullaire** (rachianesthésie, anesthésie péridurale)
 - ↳ L'anesthésie périmédullaire peut nécessiter
 - de *renouveler la ponction* en cas de difficulté ;
 - la pose temporaire d'une sonde urinaire en cas de *difficulté à uriner*.
 - ↳ Des *maux de tête* peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique.
 - ↳ Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition ou un trouble de vision.
 - ↳ Des *douleurs* au niveau du point de ponction dans le *dos* sont également possibles.
 - **Autres anesthésies locorégionales**
 - ↳ Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.
 - ↳ Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : *paralysie et/ou insensibilité* plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, *accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche*.
 - ↳ Comme pour les anesthésies générales, des *nausées, des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire* ou une *baisse des facultés de concentration* peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.
 - ↳ L'anesthésie de l'œil peut entraîner des effets indésirables spécifiques, tels qu'une *diplopie* (le fait de voir double) ou, plus rarement, une *plaie oculaire*. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une *baisse ou une perte de la vision*, peuvent en résulter.

Les complications graves mais rares liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes mais, selon les connaissances actuelles de la science, aucune technique ne paraît statistiquement plus risquée que l'autre.

Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.

Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut vous présenter les choix qui s'offrent à vous en fonction de votre cas individuel, toujours particulier.

EN CAS D'EXPOSITION RADIOLOGIQUE AU BLOC OPÉRATOIRE

Dans le cadre de votre prise en charge au sein du bloc opératoire, l'intervention chirurgicale nécessitera peut-être l'utilisation d'un appareil émettant des rayonnements X.

Dans ce cas, l'utilisation de cet appareil est indispensable pour le bon déroulement de la procédure chirurgicale puisqu'il permet au praticien de visualiser en temps réel les structures tissulaires cibles et/ou de s'assurer de l'efficacité du geste médical en cours de réalisation.

La dose de rayonnements X délivrée au cours de la procédure chirurgicale est faible (voire très faible). Elle dépend de nombreux facteurs dont la région anatomique exposée, la nature de l'intervention, la complexité du geste chirurgical ou encore de la morphologie du patient.

Malgré l'ensemble des moyens de maîtrise du risque mis en œuvre par l'établissement et par le praticien en charge de votre intervention chirurgicale, l'apparition de lésions cutanées (rougeur, type « coup de soleil ») pourrait survenir en lien avec la dose de rayonnements délivrée en cours de l'intervention.

En cas de constat d'apparition d'une rougeur au niveau de la zone exposée suite à l'intervention chirurgicale (réaction cutanée survenant au plus tôt 24h après l'exposition), il est impératif que le patient en informe le praticien ayant réalisé l'intervention afin de mettre en place une prise en charge médicale adaptée à la situation.

En cas d'état de grossesse avéré ou de suspicion de grossesse, il est impératif d'en avertir votre praticien sans délai quelle que soit la nature de l'intervention chirurgicale programmée.

Dans un tel cas, le praticien est susceptible, s'il l'estime opportun, de reporter l'intervention.

La dose de rayonnements délivrée au cours de l'intervention sera indiquée dans le compte-rendu opératoire conformément à la réglementation en vigueur.

Votre praticien se tient à votre disposition pour tout complément d'informations.



PERSONNE DE CONFIANCE

Article L. 1111-6 du code de la santé publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Celle-ci pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera **vos porte-parole**.

Qui peut être ma personne de confiance et comment la désigner ?

Vous pouvez désigner un membre votre entourage (ex : conjoint/concubin/partenaire de PACS, enfant, ami(e), médecin traitant etc.) à l'aide du formulaire page 16 comme personne de confiance.

Cette désignation peut être modifiée ou annulée à tout moment.

Votre personne de confiance doit être d'accord et signer le formulaire.

Quel est son rôle ?

Votre personne de confiance peut aussi vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux. Elle peut ainsi, vous aider à prendre des décisions.

Sachez qu'en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le médecin communique à la famille, aux proches et à votre personne de confiance les informations nécessaires afin de leur permettre de vous apporter un soutien direct.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer.

Votre personne de confiance a une **mission de référent** auprès de l'équipe médicale. Elle sera **consultée en priorité par l'équipe médicale** lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Votre personne de confiance ne prend pas de décision à votre place mais **témoigne de vos souhaits, volontés et convictions. Son témoignage l'emporte sur tout autre témoignage (membres de la famille, proche etc.).**

La décision finale appartient à votre médecin et elle sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante (principe de collégialité).

Quelles sont les limites de la mission de ma personne de confiance ?

Votre personne de confiance ne peut pas avoir accès à votre dossier médical (sauf si vous lui faites une procuration expresse). Si vous souhaitez qu'elle n'ait pas connaissance de certaines informations, elles restent confidentielles, quelles que soient les circonstances.

Votre personne de confiance a un **devoir de confidentialité relatif à vos informations médicales et vos directives anticipées.**

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION E-SATIS

PARTICIPEZ A L'ENQUÊTE NATIONALE DE MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Lors de votre entrée à la clinique, **Donnez-nous votre adresse E-mail***



2 à 10 semaines après votre sortie, vous recevrez sur votre boîte mail un lien **pour remplir le questionnaire en ligne.**

Dès l'activation du lien, vous disposez **d'un délai de 12 semaines** pour répondre aux questions.

VOS RÉPONSES SONT ESSENTIELLES POUR NOTRE ÉTABLISSEMENT
ELLES CONTRIBUENT A L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VOTRE PRISE EN CHARGE EN RÉPONDANT AU MIEUX A VOS ATTENTES.

* Votre e-mail n'est utilisé que pour les besoins de l'enquête. Cette enquête n'est pas obligatoire, vous pouvez à tout moment refuser d'y participer ou vous opposer à la communication de votre e-mail

DIRECTO-SUIVI



LA CLINIQUE DE LA MISÉRICORDE VOUS PROPOSE UN SERVICE SIMPLE POUR FACILITER VOTRE PARCOURS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



LA VEILLE DE VOTRE INTERVENTION :

Vous recevrez par **SMS** l'horaire de votre admission et les consignes pré-opératoires.



LE LENDEMAIN DE VOTRE HOSPITALISATION :

Si vous avez une douleur non soulagée par le traitement, un saignement ou des nausées, il suffit de répondre « **OUI** » au **SMS** qui vous est envoyé ou « **NON** » si tout va bien.



IL EST IMPORTANT POUR NOUS DE SAVOIR QUE VOUS VOUS PORTEZ BIEN, MERCI DE RÉPONDRE A NOTRE SMS.

En cas d'urgence, appelez directement le **15**.

N'oubliez pas de nous communiquer votre numéro de portable pour que nous puissions garder le lien avec vous tout au long de votre parcours de soins.



CLINIQUE DE LA MISÉRICORDE



FONDATION HOSPITALIÈRE DE LA MISÉRICORDE
Établissement privé d'intérêt collectif

DOCUMENTS À COMPLÉTER



QUESTIONNAIRE POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR L'INTÉGRALITÉ DE CE QUESTIONNAIRE AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Nom : Prénom :
Nom de naissance: Profession.....
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse mail :
Médecin traitant :

Il est **OBLIGATOIRE** d'apporter à la consultation d'anesthésie :

- 1. Les ordonnances de votre traitement habituel**
- 2. Les résultats d'examen et compte-rendus en votre possession**

↳ **Si vous ou votre enfant êtes suivi par un spécialiste, veuillez compléter :**

➤ **CARDIOLOGUE :**

NOM :

Adresse :

☎ : / / / /

Date de la dernière consultation : / /

➤ **PNEUMOLOGUE :**

NOM :

Adresse :

☎ : / / / /

Date de la dernière consultation : / /

➤ **AUTRE SPÉCIALISTE :**

NOM :

Adresse :

☎ : / / / /

Date de la dernière consultation : / /

Poids :

Taille :

1. Avez-vous déjà été opéré(e) ?

OUI

NON

Si OUI, Quelle(s) opération(s) ?	Quelle anesthésie (générale, locale, rachi etc.)	Année

➤ **Un séjour en réanimation et/ou un accident grave ?**

OUI

NON

Si oui, en quelle année, durée du séjour en réanimation, type de traumatisme

.....
.....

2. Si vous êtes une femme, avez-vous eu des enfants ?

OUI

NON

Nombre de grossesses : |_____|

Nombre d'enfants : |_____|

➤ **Césarienne(s) :** OUI NON Anesthésie Générale / Péridurale / Rachi Anesthésie

Anesthésie pour extraction de l'enfant : OUI NON

Anesthésie pour extraction du placenta : OUI NON

3. S'il s'agit de votre enfant, la grossesse a-t-elle été marquée par des problèmes importants ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Votre enfant est-il né prématuré ? OUI NON Si oui, à quel terme ?

A-t-il été réanimé à la naissance ? OUI NON Si oui, durée de l'hospitalisation en néonate ?

4. Un incident s'est-il produit au cours d'une anesthésie ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

Un de vos parents a-t-il présenté un problème grave au cours d'une anesthésie ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

5. Avez-vous présenté des allergies ?

OUI

NON

Si oui, à quel(s) produit(s), médicament(s), aliment(s), latex... ?

Éruption cutanée (peau rouge, urticaire,...) Difficultés respiratoires Œdème généralisé

Rhinites / Conjonctivites Œdème du visage, de la langue Œdème de Quincke

Autres :

6. Pratiquez-vous une activité physique ou sportive ?

OUI

NON

Si oui, laquelle ?

7. Avez-vous présenté au cours des dernières semaines les symptômes suivants ?

➤ Douleur dans la poitrine OUI NON ➤ Perte de connaissance OUI NON

➤ Palpitations OUI NON ➤ Crise d'épilepsie OUI NON

➤ Malaise OUI NON ➤ Gène respiratoire OUI NON

8. Avez-vous présenté des problèmes cardio-vasculaires ?

OUI

NON

Hypertension artérielle – Début du traitement le : / /

Angine de poitrine Œdème des jambes / Œdème du poumon Troubles de rythme / Palpitations

Pose de stent Phlébites / Embolie pulmonaire Infarctus - Date : / /

Artérite Pace-maker – Date : / /

9. Avez-vous présenté un problème broncho-pulmonaire ?

OUI

NON

➤ Asthme – Date de dernière crise : / / - Hospitalisation OUI NON

➤ Bronchite chronique OUI NON

➤ Apnées du sommeil OUI NON ➤ Appareil la nuit OUI NON

Merci de ne pas détacher

10. Avez-vous présenté des troubles neurologiques ou neuropsychologiques ?

- Traumatisme crânien Paralyse Spasmophilie OUI NON
- Vertiges Douleurs chroniques Épilepsie Perte de connaissance
- Migraines AVC Anxiété Dépression
- Autre(s):

11. Avez-vous présenté des problèmes rénaux ?

- Coliques néphrétiques Infections urinaires à répétition Insuffisance rénale Dialyse

12. Avez-vous présenté des problèmes digestifs ?

- Gastrite / Ulcère Calcul Vésiculaire Reflux Gastro œsophagien
- Hépatite Maladie du colon Pancréatite

13. Avez-vous présenté des problèmes endocriniens?

- Diabète Cholestérol / Triglycérides Thyroïde
- Acide Urique Autre (s) :

14. Avez-vous présenté des problèmes sanguins?

- Saignement facile, Hématomes Transfusion Hémorragie
- Anémie Maladie(s), telle(s) que : Leucémie, Lymphome :

15. Avez-vous des addictions?

- Consommation d'alcool : OUI NON - Quelle fréquence ?
- Tabac : OUI NON - Nombre de cigarettes par jour : - Depuis quand :
- Toussez-vous / Crachez-vous souvent ? OUI NON
- Cigarette électronique : OUI NON
- Drogues : OUI NON – Lesquelles : - Fréquence de prise :

16. Divers?

- Problèmes Dentaires : OUI NON
 - Dents fragiles Dents mobiles Appareils dentaires amovibles Pivots Implants
- Problèmes Auditifs : OUI NON
 - Appareils OUI NON
- Problèmes de Vision : OUI NON
 - Glaucome Lentilles Prothèse

17. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

- OUI NON

! APPORTEZ VOTRE ORDONNANCE LE JOUR DE LA CONSULTATION AVEC L'ANESTHÉSISTE !

NOM DU MÉDICAMENT	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher

18. Avez-vous d'autres problèmes de santé à signaler ?

.....

.....

.....

**Nous vous remercions de votre collaboration,
L'équipe d'Anesthésie-Réanimation**

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :/...../.....

atteste avoir été reçu(e) par le Dr....., le...../...../.....

Pour mon intervention

Prévue le/...../..... et le/...../..... (pour les 2ème côtés)

à la Fondation Hospitalière de la Miséricorde au CHU de Caen à son cabinet

Lors de cette consultation, le praticien m'a informé sur :

- Mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) ;
- Les actes, interventions et traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques) ;
- Les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves) ;
- Les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique.

Il a également procédé à une « évaluation bénéfices/risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

- L'intervention peut être annulée ou reportée le jour même si cela était nécessaire.
- J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des gestes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

Je reconnais que la nature de l'intervention ainsi que ses avantages et risques m'ont été expliqués en termes que j'ai compris et qu'il m'a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

Toutes ces informations m'ont été données oralement et une fiche d'information m'a été remise en me recommandant de la lire « à tête reposée » et rapporté signé le jour de la consultation d'anesthésie.

J'ai également pris connaissance de la note d'information sur la radioprotection.

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

Date :/...../.....

Signature du patient :

Autorisation d'opérer pour une personne mineure / majeur protégé

Parent 1 ou représentant légal Nom d'usage : Prénom : Tel :	Parent 2 Nom d'usage : Prénom : Tel :
Autorisons / autorise, en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale / représentant légal qu'une intervention sous anesthésie soit effectuée ainsi que tous les examens, investigations et gestes nécessités par son état.	
Signature Parent 1 ou représentant légal :	Signature Parent 2 :

Remis en un exemplaire, scanné et conservé dans le dossier informatisé du patient

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Prénom :

Date et lieu de naissance : le/...../..... À

Atteste : - ne pas être sous tutelle

- être informé(e) sur le rôle et les missions de la personne de confiance (cf. p8) par l'établissement.

- avoir reçu l'information orale et écrite sur la désignation de la personne de confiance.

Je décide (merci de cocher la case correspondante) :

de choisir librement ma personne de confiance :

(Coordonnées de ma personne de confiance) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Email :

Sa qualité : un proche - mon médecin traitant - un parent - autre :

Si un jour, je ne suis plus en état de m'exprimer, je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Je note que cette désignation est faite pour la **durée de mon hospitalisation** et qu'elle est **révocable à tout moment**.

de ne pas désigner ma personne de confiance.

Je reconnais néanmoins avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

Fait à le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance désignée :

Réservé au service

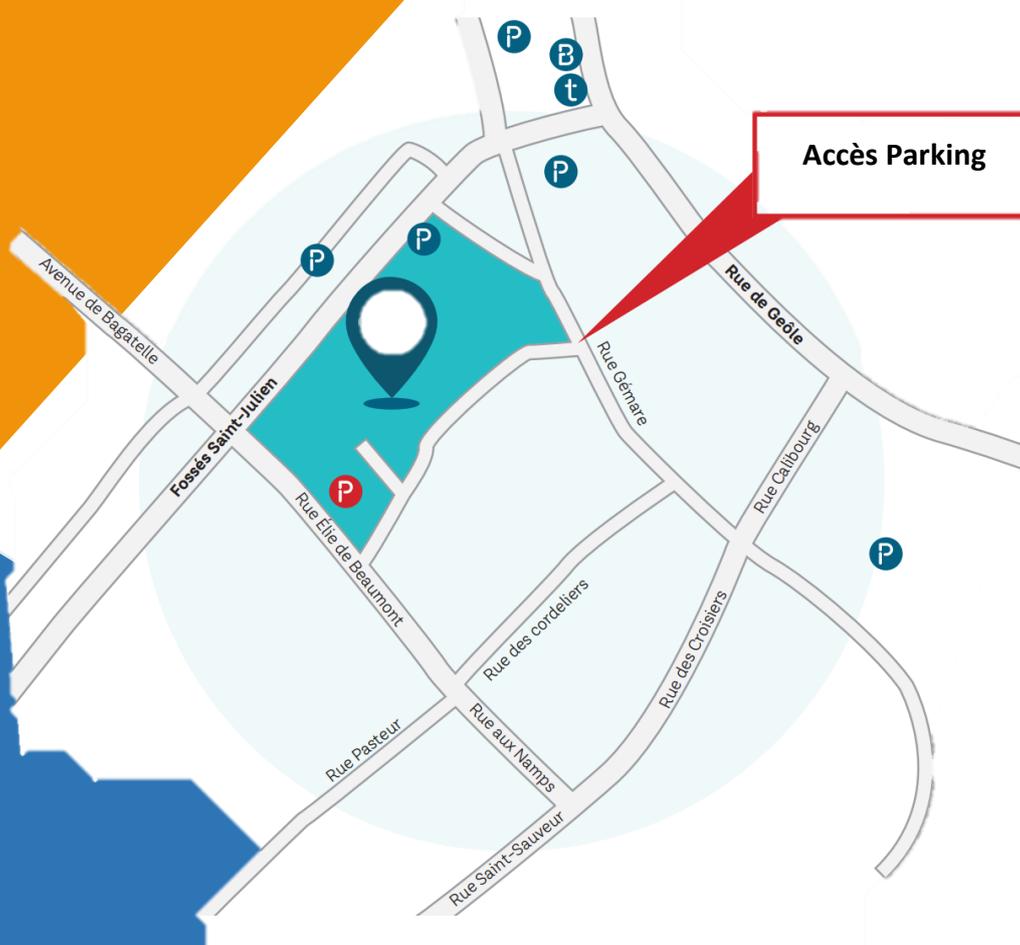
Annulée le

Identité du professionnel ayant recueilli l'annulation :

Signature du patient :

Bon à savoir

- **Nous vous fournissons le linge nécessaire à votre séjour.** Sachez que la perte, le vol ou la détérioration de vos biens est de votre responsabilité. En conséquence, nous vous demandons de n'emporter aucun objet de valeur (bijoux, sac à main, portefeuille...).
- **Le parking est à votre disposition, sonnez à la barrière (plan ci-dessous).** Précisez que vous venez pour une admission en ambulatoire.



CLINIQUE DE LA MISERICORDE
Unité de Chirurgie Ambulatoire
15, fossés St Julien
14000 CAEN

**CLINIQUE DE
LA MISÉRICORDE**



FONDATION HOSPITALIÈRE DE LA MISÉRICORDE

Établissement privé d'intérêt collectif 

Mon dossier de Chirurgie Ambulatoire

**A REMPLIR ET À RAPPORTER
À CHAQUE RENDEZ-VOUS
ET LE JOUR DE L'INTERVENTION**

Ce livret contient les documents
nécessaires à chaque étape
administrative ou médicale

Le livret d'accueil de l'établissement est disponible à l'accueil de la FHM ou directement dans le service.

Vous pouvez également le consulter en version numérique sur notre site internet : <https://www.fondation-misericorde.fr/soins/nos-activites/chirurgie-ambulatoire/>

**POUR PRENDRE UN RENDEZ-VOUS
DE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE : 02 31 38 50 32**

POUR TOUTES QUESTIONS :

Lors de mon retour à domicile, je peux appeler :

❖ L'unité de chirurgie ambulatoire :

Du lundi au vendredi de 7h00 à 20h00 :

02 31 38 51 33

❖ Le centre de soins non programmés :

Le week-end et les jours fériés de

8h30 à 20h00

02 31 38 50 60

EN CAS D'URGENCE :

Je contacte :

- ✓ Mon médecin traitant
- ✓ le SAMU (15 ou 112)