

FICHES DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR

POUR LA CONSULTATION PRÉ ANESTHÉSIQUE

Patient majeur	Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom : Adresse : Code postal : Ville :		Date de naissance : Téléphone : Adresse mail : Pharmacie habituelle : Médecin traitant : Médecins spécialistes :	
Patient mineur	<input type="checkbox"/> Père de l'enfant ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Tuteur ⁽²⁾			
A compléter obligatoirement par les 2 parents Fournir le livret de famille et la carte d'identité ou sa copie	Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. : Adresse :		Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. : Adresse :	
	Signature	Signature	Signature	
	Identification des personnes présentes le jour de l'hospitalisation ou au moment de la sortie de l'enfant (hors titulaires de l'autorité parentale)			
Articles 371-1, 372, 372-2 du Code Civil / Articles L.1111-2, R.1112-35 du Code de la Santé Publique	Nom, Prénom ⁽³⁾ : Lien avec l'enfant : Tél :		Nom, Prénom ⁽³⁾ : Lien avec l'enfant : Tél :	
	SÉCURITÉ : L'établissement n'autorise pas la sortie d'un patient mineur sans accompagnant			
<p>⁽¹⁾: 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 un des deux parents est éloigné il peut transmettre par fax (04.94.89.89.66) ou par mail (clinique.malartic.secretairemed@avec.fr) <u>au plus tard la veille de l'intervention</u> ce document signé ou une lettre pour signifier son autorisation, accompagné(e) d'une copie de sa carte d'identité. Dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice ou de l'acte de naissance de l'enfant. Rappel : « l'autorité parentale » est différente de la « garde » de l'enfant.</p> <p>⁽²⁾: une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient. ⁽³⁾: une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'admission, une copie sera conservée dans le dossier patient.</p>				
Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle	A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information : Identification du <input type="checkbox"/> représentant / <input type="checkbox"/> tuteur ⁽²⁾ du patient Nom : Prénom : Lien avec le patient :		Signature du représentant ou tuteur du patient Tél. :	

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA CHIRURGIE / ACTE INVASIF / ENDOSCOPIE

Je, soussigné(e), atteste que, lors de cette consultation, le praticien m'a informé(e) 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.

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

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

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le praticien m'a incité(e) à le recontacter, le cas échéant, si certaines des informations délivrées appelaient de ma part de nouvelles questions.

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée.

Je certifie avoir pris connaissance et compris ces informations et, après discussion, accepte les points ci-dessus mentionnés.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques.

PATIENT	Cas particulier : Patient Mineur ou Majeur sous tutelle		
	PARENT 1 ou Tuteur	PARENT 2	Majeur sous tutelle
Nom de naissance et signature (précédés de la mention « lu et approuvé »)	Nom de naissance et signature (précédés de la mention « lu et approuvé »)		
			<i>Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer</i>
	La signature des deux parents est obligatoire		

Cadre réservé au praticien

- Fiche explicative / spécifique à l'intervention remise au patient
- Bénéfices/Risques discutés avec le patient
- En cas de pose de DMI : patient informé

Signature du praticien :

LA PERSONNE À PRÉVENIR (notamment pour le retour à domicile en ambulatoire)

La personne à prévenir est la personne qui sera informée par l'équipe médicale et soignante de données non confidentielles vous concernant, sur votre indication : *essentiellement d'ordre organisationnel ou administratif*.

Nom et prénom :

N° de téléphone : **Lien (proche, parents,...) :**

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne légalement capable vous accompagne dans vos démarches et entretiens médicaux. Elle sera consultée dans l'hypothèse où vous ne pourriez exprimer votre volonté. Cette désignation vaut pour toute la durée de votre hospitalisation et peut être révoquée à tout moment par vous-même.

Ma personne de confiance est la même que la personne à prévenir

Une autre personne :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Cette personne est : un proche un parent : Mon médecin traitant

Signature de votre personne
de confiance

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. Je reconnais avoir été informé du fait que je peux désigner une personne de confiance à tout moment de mon hospitalisation, par écrit, en remplissant cette fiche.

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée «directives anticipées», afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

J'ai défini mes directives anticipées : j'en communique une copie à l'équipe soignante.

Un modèle de formulaire peut être demandé à la secrétaire ou à l'équipe soignante. Il est également téléchargeable sur notre site internet www.cliniquemalartic.fr, rubrique « votre séjour ».

Traitement des données de santé à caractère personnel

Je, soussigné(e)....., atteste être informé(e) que dans le cadre de ma prise en charge, les données de santé à caractère personnel me concernant peuvent être échangées et partagées avec d'autres professionnels.

9/ URO NÉPHROLOGIE :

Avez-vous fait plusieurs infections urinaires : oui non Des calculs dans les reins : oui non
Combien de fois vous levez-vous pour aller uriner la nuit : 0X 1X 2X plus

10/ DIGESTIF :

Avez-vous eu : un ulcère d'estomac une hernie hiatale une fibroscopie
Avez-vous des reflux gastriques importants plus de 3 fois par semaine : oui non
Buvez-vous de l'alcool : jamais occasionnel régulier quotidien
Avez-vous perdu du poids récemment : non oui, combien de kg :

11/ AVEZ-VOUS EU DES SAIGNEMENTS ANORMAUX :

Lors de coupures, d'extractions dentaires ou de chirurgie : oui non
Et dans votre famille : oui non Avez-vous été transfusé : oui non

12/ NEUROLOGIE :

Avez-vous fait des convulsions : oui non Des pertes de connaissances : oui non
Des attaques cérébrales : oui non Des traumatismes crâniens : oui non
Des paralysies : oui non Avez-vous beaucoup d'anxiété : oui non
Été traité par un psychiatre : oui non

13/ AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES :

De diabète : oui non De thyroïde : oui non Endocrinologiques : oui non

14/ MADAME :

Combien avez-vous eu d'enfants : Etes-vous enceinte : oui non
Avez-vous une contraception : oui non Un traitement hormonal : oui non

15/ ETES-VOUS :

Malvoyant : oui non Avez-vous des lentilles de contact : oui non
Malentendant : oui non Portez-vous un appareil dentaire amovible : oui non
Avez-vous une fragilité dentaire, oui laquelle :

16/ AVEZ-VOUS UNE AFFECTION QUI N'A PAS ÉTÉ CITÉE :

.....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À L'ANESTHÉSIE

Je, soussigné(e), reconnais avoir été suffisamment informé(e) sur les risques anesthésiques inhérents à mon intervention chirurgicale, détaillés en page 11 du présent document) et avoir pu poser les questions que je désirais au médecin anesthésiste. J'accepte également les modifications de méthode, qui pourraient s'avérer utiles pendant l'intervention, jugées indispensables par le médecin anesthésiste.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, loco régionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité. J'atteste des informations mentionnées dans le questionnaire d'anesthésie

PATIENT	Cas particulier : Patient Mineur ou Majeur sous tutelle		
	PARENT 1 ou Tuteur	PARENT 2	Majeur sous tutelle
Nom de naissance et signature (précédés de la mention « lu et approuvé »)	Nom de naissance et signature (précédés de la mention « lu et approuvé »)		
			Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer
	La signature des <u>deux</u> parents est <u>obligatoire</u>		

AUTORISATIONS A COMPLÉTER

Dans le cadre d'éventuelles explorations pour le suivi de votre état de santé, les professionnels de santé qui vous prennent en charge peuvent être amenés à procéder à un prélèvement sanguin comprenant : sérologie Hépatite B et C, HIV. **Nous donnez-vous l'autorisation de pratiquer ce prélèvement ?**

Souhaitez-vous autoriser les visites et pouvoir être joint(e) dans votre chambre par l'extérieur?

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. Il s'agit de stagiaires en soins infirmiers. **Tous actes pratiqués par ces stagiaires sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude des étudiants et validés par les infirmières.**

OUI

NON

OUI

NON, l'information de votre présence ne sera pas divulguée aux personnes extérieures à la clinique.

J'accepte

Je ne souhaite pas la présence et les soins effectués par les stagiaires.

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger au cours des 12 derniers mois ?

OUI

NON

Si oui, merci d'indiquer le pays :

Etes-vous porteur d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques Emergentes (BHRe) ou avez-vous été au contact d'un porteur dans les 12 derniers mois ?

OUI

NON

Je soussigné (e), atteste :

- De l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ces 3 fiches de renseignements, que je rapporterai impérativement pour la consultation pré anesthésique et qui sera archivé dans mon dossier médical.
- Avoir pris connaissance du dossier de d'admission associé à ces fiches (également disponible sur notre site internet) contenant des informations sur :
 - Le parcours d'hospitalisation
 - l'anesthésie
 - les tarifs,
 - les consignes pré opératoires (douche, jeun)
 - les rayons X

Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant