

FICHES DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR POUR LA CONSULTATION PRÉ ANESTHÉSIQUE

Patient

Nom de naissance :	Date de naissance :
Nom d'usage :	Téléphone :
Prénom :	Adresse mail :
Adresse :	Pharmacie habituelle :
.....	Médecin traitant :
Code postal : _____	Médecins spécialistes :
Ville :

Patient mineur
A compléter obligatoirement par les 2 parents
Fournir le livret de famille et la carte d'identité ou sa copie

<input type="checkbox"/> Père de l'enfant ⁽¹⁾ Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. : Adresse : <div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; text-align: center; width: 100px; margin: 0 auto;">Signature</div>	<input type="checkbox"/> Mère de l'enfant ⁽¹⁾ Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. : Adresse : <div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; text-align: center; width: 100px; margin: 0 auto;">Signature</div>	<input type="checkbox"/> Tuteur ⁽²⁾ Nom : Prénom : Date de naissance : Tél. : Adresse : <div style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; text-align: center; width: 100px; margin: 0 auto;">Signature</div>
--	--	--

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

⁽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) au plus tard la veille de l'intervention 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.

⁽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.

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 représentant / 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 <u>deux</u> parents est <u>obligatoire</u>			

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 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 :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

C'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.

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 :

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom : Né(e) le :

Après mûre réflexion, je décris ci-après ma motivation et mes valeurs personnelles afin de faciliter les prises de décision des personnes qui me soignent pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.

Par les présentes directives anticipées, j'aimerais avant tout :

Qu'on épuise les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.

OU

Que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt(e) à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

Vos autres souhaits (à renseigner sur papier libre).

J'ai été informé(e) que la rédaction de directives anticipées est un acte volontaire et que j'ai la possibilité de les révoquer ou de les modifier à tout moment, tant que je suis capable de discernement.

Le : / / ...

Signature du patient :

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.

QUESTIONNAIRE À REMPLIR AVANT LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Nom du patient :

1/ Citez toutes vos opérations chirurgicales antérieures

Nom de l'opération	Type d'anesthésie	Année

2/ Avez-vous eu des complications anesthésiques :

3/ Avez-vous été hospitalisé(e) pour une maladie :

4/ Avez-vous des allergies :

- A des médicaments, lesquels :
- Au Latex (gants, ballons, préservatifs) :
- A des aliments :
- Autres (pollens, acariens) :

5/ Poids :kg - **Taille :** cm - **Age :** ans - **Profession :**

6/ Citez les médicaments que vous prenez régulièrement

Médicaments	dose	Nombre /jour	Médicaments	dose	Nombre /jour

7/ CARDIO-VASCULAIRE :

- Etes-vous : sédentaire actif sportif
- Pouvez-vous monter 2 étages sans vous arrêter ni être essoufflé : oui non
- Avez-vous fait :
- Infarctus ou douleurs dans la poitrine : oui non Pertes de connaissance : oui non
- Troubles du rythme cardiaque : oui non Artérite ou phlébites ou varices : oui non

ATTENTION : APORTEZ VOS EXAMENS DE CARDIOLOGIE : surtout échographie cardiaque et coronarographie ! Épreuve d'effort, électrocardiogramme, doppler carotides

8/ PNEUMOLOGIE :

- Fumez-vous : non oui, combien de cigarettes/jour : Depuis combien d'années :
- Vapotez-vous : non oui. Depuis combien d'années :
- Faites-vous facilement des bronchites l'hiver : oui non
- Toussez-vous souvent : oui non Une embolie pulmonaire : oui non
- Crachez-vous souvent : oui non Ronflez-vous : oui non
- Avez-vous fait de l'asthme : oui non
- Apnée du sommeil : oui non Respirateur : oui non

APORTEZ VOS EXAMENS DE PNEUMOLOGIE : tests de souffle (EFR), scanner des poumons, radios des poumons

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 4 de votre dossier d'admission 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 ?**

- OUI
 NON

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

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

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.**

- 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 ?
Si oui, merci d'indiquer le pays :

- OUI NON

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 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