

Ramsay Santé Clinique de la Sauvegarde

DOSSIER D'ANESTHÉSIE A COMPLETER

Rendez-vous à fixer

après la consultation avec le chirurgien

Téléconsultation possible

(demande à préciser lors de votre prise de RDV)

Batiment le trait d'union/ Allée A - 4^{ème} étage

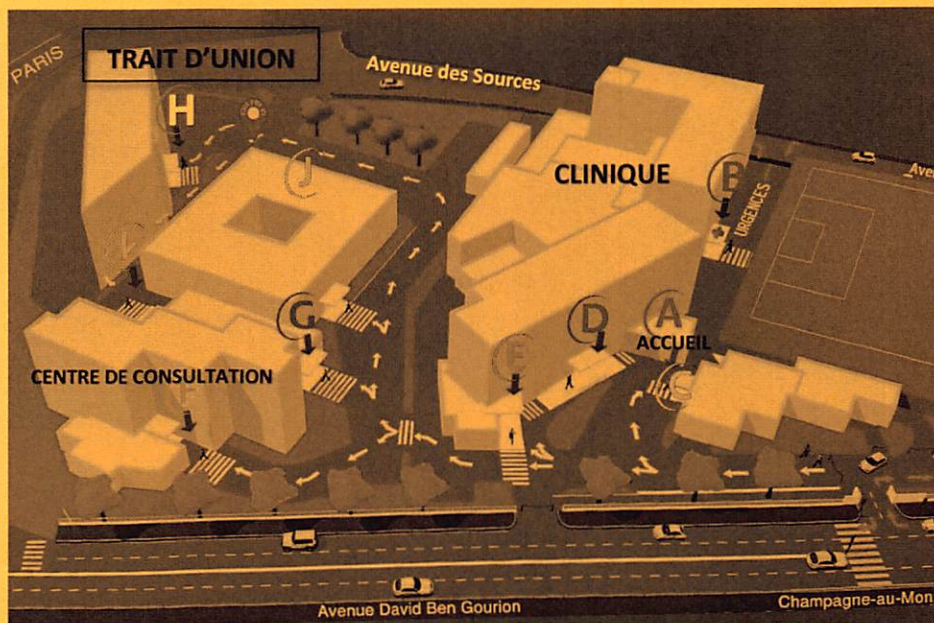
(batiment fléché par la lettre H)

29 avenue des sources

69009 LYON

Tel : 04 78 64 06 50

anesth.sauvegarde@gmail.com



Information honoraires

Consultation	Tarif (€)	Remboursement sécurité sociale (€)
Simple (CS)	50	23
Complexe (APC)	65	50
Titulaire CMU ACS AME	-	-
Esthétique	75	-
Etranger	70	-
Auriculothérapie	65	-
Electrocardiogramme	14	14

Vous pouvez également prendre votre rendez vous d'anesthésie sur Doctolib :

<http://anesthesie-lyon-sauvegarde.fr> ou www.doctolib.fr

RENDEZ VOUS LE :		HEURE :
<ul style="list-style-type: none">• Mise à jour de votre carte vitale, apporter votre devis chirurgical• Le dossier chirurgical ou/et le dossier clinique d'admission• Les résultats d'analyses médicales récentes• Les ordonnances de vos traitements en cours• Les comptes rendus de cardiologie, allergologie, etc... <p><i>La consultation d'anesthésie doit avoir lieu au minimum 2 jours avant l'intervention, délai légal obligatoire.</i></p>		

NOM :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
ACTE ENVISAGE :		DATE PREVUE :
DUREE :	DOCTEUR :	
	Chirurgie Ambulatoire :	OUI NON

Antécédents chirurgicaux

Avez-vous déjà eu une intervention sous anesthésie générale ou locale ? Si oui, listez les ci-dessous:

[illegible]

Avez-vous (cochez ci-dessous)

- ☐ été traité par hormone de croissance ?
- ☐ des cas de maladie de Creutzfeld-Jakob dans votre famille ?
- ☐ eu une intervention neurochirurgicale en France avant 1995 ou à l'étranger ultérieurement ?
- ☐ été diagnostiqué porteur d'une bactérie multi ou hautement résistante (BMR/BHRe) aux antibiotiques ?
- ☐ été hospitalisé plus de 24 h à l'étranger au cours des 12 derniers mois ?
- ☐ été en contact avec une personne infectée à COVID depuis moins de 15 jours ?
- ☐ été dépisté positif d'une infection à COVID avec début des symptômes depuis moins de 14 jours ?
- ☐ eu des symptômes évocateurs d'infection à COVID (voir ci-dessous) avec début des symptômes depuis moins de 14 jours ?

fièvre ou sensation de fièvre (douleurs musculaires marquées, frissons)
et

au moins 1 des symptômes suivants:

toux ou difficultés respiratoires/sensation inhabituelle de grande
fatigue/diarrhées ou douleurs abdominales/maux de tête/douleurs

Au cours ou après vos anesthésies antérieures

Avez-vous ressenti un inconfort particulier ? Si oui lequel:

Vous a-t-on signalé des difficultés particulières ?

Avez-vous les problèmes médicaux suivants ? (cochez ci-dessous)

Coeur/vaisseaux

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Coeur/vaisseaux | <input type="checkbox"/> | infarctus du myocarde depuis moins d' 1 an | <input type="checkbox"/> | stent coronaire | <input type="checkbox"/> | atteinte d'une valve cardiaque |
| <input type="checkbox"/> hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | infarctus du myocarde ancien | <input type="checkbox"/> | pace maker ou défibrillateur | <input type="checkbox"/> | autre problème cardiaque |
| <input type="checkbox"/> varices | | | <input type="checkbox"/> | arythmie cardiaque | | |
| <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> | angine de poitrine | <input type="checkbox"/> | atteinte des artères | | ou vasculaire: |
| | | | <input type="checkbox"/> | phlébite ou embolie pulmonaire | | |

poumons

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| poumons | <input type="checkbox"/> | appareil d'apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> | insuffisance respiratoire chronique | <input type="checkbox"/> | bronchite chronique post-tabagique |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> | ronflements fréquents | <input type="checkbox"/> | pneumopathie | | |
| <input type="checkbox"/> apnées du sommeil | | | | | | |

cholestérol
diabète

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cholestérol/triglycérides | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> type 1 |
| | date de début: | <input type="checkbox"/> type 2 |
| dernière hémoglobine glyquée (HbA1C): | | |

digestif/foie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> reflux gastrique | <input type="checkbox"/> ulcère d'estomac | <input type="checkbox"/> hépatite B ou C |
| <input type="checkbox"/> hernie hiatale | <input type="checkbox"/> maladie du foie | |
| <input type="checkbox"/> maladie inflammatoire intestinale (Crohn, RCH) | | |

**tabac/alcool/drogues
divers**

- | | | |
|--|--|--|
| <p>tabac/alcool/drogues divers</p> <p><input type="checkbox"/> tabagisme
combien de cigarettes/jour en moyenne ? ...
depuis quand ?</p> <p><input type="checkbox"/> consommation quotidienne d'alcool
si oui, quelle quantité ?
.....</p> | <p><input type="checkbox"/> mal des transports</p> <p><input type="checkbox"/> antécédent de transfusion sanguine</p> <p><input type="checkbox"/> VIH</p> <p><input type="checkbox"/> infection en cours</p> | <p><input type="checkbox"/> consommation de drogues
si oui, nature :
.....</p> |
|--|--|--|

antécédents familiaux☐ antécédents familiaux de maladie génétique ou de maladie rare**allergies**☐ allergie(s) connue(s)

si oui, précisez à quels médicaments/aliments/produits (latex...)

neurologie/psychiatrie

- ☐
- accident vasculaire cérébral (AVC, AIT, ictus)
-
- ☐
- paralysie: hémi/paraplégie

- ☐
- épilepsie
-
- ☐
- maladie de Parkinson
-
- ☐
- troubles cognitifs (mémoire...)
-
- ☐
- dépression

- ☐
- psychose
-
- ☐
- démence
-
- ☐
- anxiété
-
- ☐
- somnolence

- ☐
- sclérose en plaques
-
- ☐
- marche avec déambulateur ou canne
-
- ☐
- autre problème neurologique:

urines/rein/gynécologie

- ☐
- problèmes de prostate
-
- ☐
- incontinence urinaire
-
- ☐
- coliques néphrétiques

- ☐
- insuffisance rénale
-
- ☐
- dialyse
-
- jours de dialyse
-
-

- ☐
- grossesse en cours
-
- ☐
- nombre de grossesses:
-
- ☐
- nombre d'enfants:
-
- ☐
- avez-vous eu des problèmes au cours de vos accouchements ? Si oui lesquels ?

ORL/ophtalmologie

- ☐
- glaucome
-
- ☐
- vertiges
-
- ☐
- surdité

- ☐
- cécité

cancer

- ☐
- cancer en cours de traitement
-
- ☐
- cancer en rémission

- ☐
- cancer guéri

- ☐
- chimiothérapie/radiothérapie/immunothérapie en cours
-
- ☐
- localisation du cancer:

autres

- ☐
- autre(s) maladie(s) non renseignée(s):

Poids habituel Kg**Taille cm****Tension artérielle habituelle
(si connue):/.....****Poids actuel Kg****dents**

Avez vous des :

- ☐
- appareil(s) dentaire(s)
- ☐
- pivots/implants/bridge
- ☐
- dents mobiles
- ☐
- dents cassées/manquantes

Tendance au saignement ? Cochez les réponses suivantes si nécessaire

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> saignement prolongé et/ou transfusion après une opération | <input type="checkbox"/> ecchymoses importantes (> 2cm) ou hématomes suite à des chocs mineurs ou même sans choc |
| <input type="checkbox"/> saignement prolongé à la suite d'une extraction dentaire ayant nécessité une re-consultation chez votre dentiste | <input type="checkbox"/> saignement de nez prolongé/règles abondantes ayant nécessité une consultation médicale |
| | <input type="checkbox"/> saignement prolongé suite à une petite coupure |
| | <input type="checkbox"/> maladie de la coagulation personnelle ou dans votre famille (hémophilie, maladie de Willebrand...) |

Etes vous capable de réaliser les efforts physiques suivants (cochez ci-dessous) ?

- ☐
- Monter 2 étages
-
- ☐
- Monter plus de 2 étages, marche rapide
-
- ☐
- Pratiquer une activité sportive (natation, course à pied, tennis...)

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE :

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier d'une anesthésie afin de rendre possible et confortable un examen ou une intervention chirurgicale dans le cadre de votre parcours de soins.

Ce document est destiné à vous délivrer une **information médicale**, afin de comprendre les principes généraux de l'anesthésie et de préparer votre entretien avec le médecin anesthésiste réanimateur lors de la consultation. Nous vous demandons de le **lire attentivement**, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposé par le médecin anesthésiste réanimateur. Nous vous mettons également à disposition des liens web dans le cas où vous souhaiteriez plus de précisions. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

L'anesthésie permet, dans des conditions optimales de sécurité, la réalisation d'un acte chirurgical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant l'inconfort pendant l'intervention et en l'atténuant après. 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 la perfusion et/ou par la respiration. Ainsi, l'anesthésie générale vous fait perdre conscience pendant la réalisation de l'acte.

L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Vous êtes conscient mais vous ne ressentez aucune douleur. Son principe est de bloquer les influx nerveux en injectant un produit anesthésique local autour d'un ou plusieurs nerfs. Il est donc possible d'endormir un avant-bras ou une jambe isolément par exemple. **La rachianesthésie** et **l'anesthésie péridurale** sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière dans votre dos. Elles permettent par exemple d'endormir les deux jambes et le bas ventre. L'anesthésie locorégionale peut vous être proposée seule ou associée à une anesthésie générale.

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 la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'événements désagréables. **Les inconvénients et les risques** propres aux différents types d'anesthésie sont détaillés dans le lien ci-dessous renvoyant à notre site internet et à la société française d'anesthésie réanimation (si vous n'avez pas d'accès internet, nous pouvons vous fournir ces documents, merci de nous le préciser).

<https://sfar.org/pour-le-grand-public/anesthesie-reanimation-en-images/>

<https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicale-sur-lanesthesie/>

<http://anesthesie-lyon-sauvegarde.fr/#>

Toute anesthésie générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une **consultation plusieurs jours à l'avance**. Le médecin anesthésiste-réanimateur vérifiera votre état de santé et vous proposera la ou les techniques d'anesthésie possible(s) et adaptée(s) à votre situation. Il vous informera sur leur déroulement, les avantages et les inconvénients. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles et exprimer vos préférences.

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. Le médecin qui pratiquera votre anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra être amené à modifier la technique d'anesthésie après vous avoir informé.

Formulaire de consentement : J'ai été informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie. 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 les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne également la transfusion de sang ou dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur. En cas de projection accidentelle de sang pendant l'intervention je donne mon accord pour que mon statut sérologique soit précisé, de façon à permettre l'application de la procédure concernant les accidents d'exposition au sang du personnel de la clinique de la sauvegarde. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur à mon égard.

Date :

Signature :