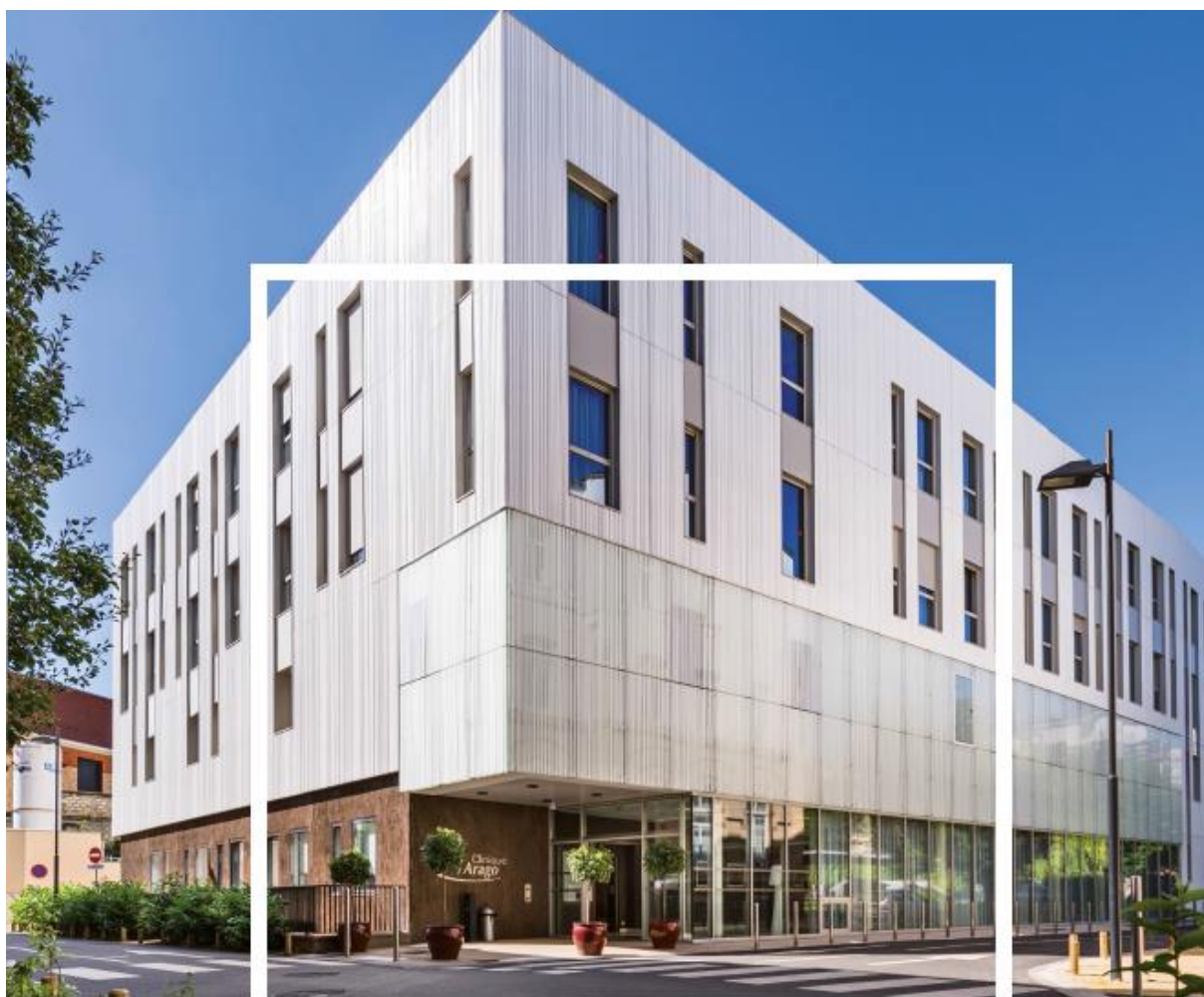


Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :
Chirurgien :

DOSSIER D'ADMISSION

HOSPITALISATION



Tous acteurs de votre santé

Secrétariat médical du Dr _____ :

Madame, Monsieur,



Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de notre établissement. Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Vous devrez lire et **compléter les différents documents composants ce dossier**. Ils vous renseigneront sur toutes les modalités à connaître. Ce dossier est également indispensable pour votre admission au sein de notre établissement.

Il est essentiel de ramener ce dossier complété lors de votre **consultation anesthésique obligatoire** avant toute intervention ou acte sous anesthésie. Elle doit être réalisée au plus tôt et au maximum 48h avant l'intervention.

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.

Un forfait hospitalier vous sera demandé selon la réglementation et les tarifs en vigueur lors de votre pré-admission.

VOTRE INTERVENTION CHIRURGICALE A LA CLINIQUE ARAGO :

Chirurgien : _____

Anesthésiste : Choisissez un élément.

Intervention le : _____ Entrée à la clinique prévue le : _____

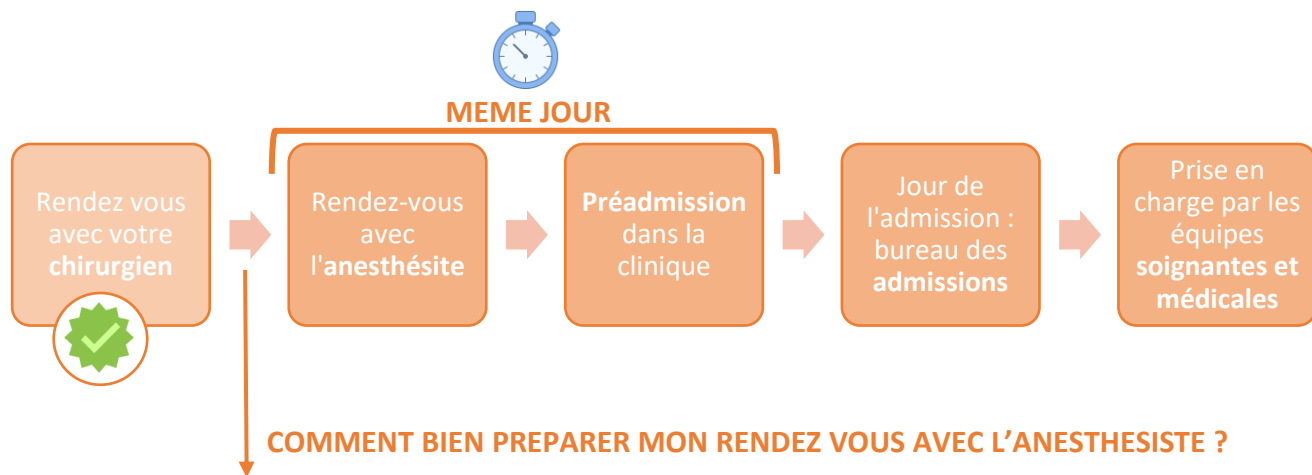
Motif d'intervention : _____

Nom de votre médecin traitant : _____

VOS PROCHAINS RENDEZ VOUS

Rendez vous	Date	Heure	Lieu
Dr Choisissez un élément. Anesthésiste			

DEROULEMENT DU PARCOURS AVANT MON INTERVENTION



Veuillez-vous présenter à votre consultation anesthésique avec :

LES DOCUMENTS DU DOSSIER COMPLETES ET SIGNES

- ☐ Fiche 1 : Renseignements administratifs
- ☐ Fiche 2 : Consentement éclairé – actes médicaux et thérapeutiques
- ☐ Fiche 3 : Consentement éclairé – acte de chirurgie
- ☐ Fiche 4 : Information et questionnaire sur l'anesthésie
- ☐ Fiche 5 : Information et consentement la transfusion
- ☐ Fiche 6 : Consentement éclairé au bloc péri-nerveux
- ☐ Fiche 7 : Informations relatives à la prise de médicaments
- ☐ Fiche 8 : Désignation personnes à prévenir et personnes de confiance
- ☐ Fiche 9 : Les directives anticipées
- ☐ Fiche d'admission

VOS DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- ☐ Pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour)
- ☐ Carte vitale
- ☐ Carte mutuelle ou une attestation CMU
- ☐ Un moyen de paiement (chéquier, espèces, carte bancaire)

VOS DOCUMENTS MEDICAUX

- ☐ Vos résultats d'examens les plus récents demandés par l'anesthésiste : bilan sanguin, bilan cardiologique, urologiques, vasculaires, dentaires, pulmonaires, etc.

Attention : Doivent être réalisés AVANT le jour de votre rendez-vous anesthésiste.

- ☐ Vos ordonnances de vos traitements en cours.

Pensez à être muni d'un moyen de paiement le jour de votre admission.
L'admission pourra vous être refusée en cas d'impossibilité de paiement.

FICHE N°1 :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

CIVILITE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM USUEL : _____

PRENOMS : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE MAIL : _____

TELEPHONE¹ : _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _____

NOM DE LA MUTUELLE : _____ N° ADHERENT : _____

Conformément à la réglementation, nous vous informons que le numéro de téléphone ne sera utilisé que dans le seul cadre du parcours patient.

Nous devons vérifier votre identité, **merci d'apporter votre carte d'identité, passeport ou titre de séjour à jour.**

Sans cette pièce justificative nous pourrions annuler l'intervention.

Cas de mesure de protection civile ou majeur protégé : IDENTITE DU TUTEUR

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM USUEL : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

Téléphone¹ : _____

☐ **Présentation de la décision de justice**

Afin de limiter les risques liés à votre identification lors de votre prise en charge nous souhaitons **scanner/photocopier votre titre d'identité** dans notre logiciel de dossier patient accessible à tous les professionnels de votre prise en charge, conservé 20 ans.

☐
**Je suis
d'accord**

☐
Je refuse

Afin de permettre l'amélioration continue de nos prises en charge, autorisez-vous l'établissement à réaliser une enquête satisfaction via Merci Docteur et la HAS dans le cadre de l'enquête nationale E-Satis :

☐
**Je suis
d'accord**

☐
Je refuse

Adresse mail :

Dans le cadre de votre parcours de soin nous collectons vos données personnelles afin de pouvoir coordonner votre prise en charge médicale, soignante et administratives avec les différents acteurs de santé ; dans le respect du code de santé publique et du code de sécurité sociale. Pour exercer vos droits en lien avec la protection de vos données personnelles vous pouvez vous adresser à dpo.groupe@almaviva-sante.com

¹ Pour information, pour se protéger des démarches téléphoniques abusifs, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance :
 IPP :

ACTES MEDICAUX DIAGNOSTIQUES OU THERAPEUTIQUES

Ce document a pour but de recueillir votre accord pour la réalisation des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques vous concernant. Il ne constitue en aucun cas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.

Radiographie et rayons X : Dans le cadre de votre prise en charge, vous êtes susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants. En matière d'irradiation des patients, le risque d'apparition d'effets déterministes telles que rougeurs ne dépend que de la dose reçue par le patient ainsi que le temps d'exposition aux rayons. Compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée, ces complications sont de l'ordre de l'exceptionnel.

Pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir reçu de manière simple, loyale et intelligible, de la part des professionnels médicaux, lors des consultations toutes les informations préalables concernant :



- ✓ Le **risque infectieux** probable lié à une hospitalisation
 - ✓ Le type d'hospitalisation (**complète ou ambulatoire**).
 - Si concerné par un acte chirurgical ou anesthésique :
 - ✓ Les **bénéfices et les risques** de toute intervention chirurgicale, interventionnelle et les risques spécifiques de mon intervention (Hématome, hémorragie, phlébite, embolie pulmonaire, troubles neurologiques, échec de fixation de l'implant (le cas échéant), troubles cardio-respiratoires, décès).
 - ✓ Les bénéfices et les risques des différents modes d'anesthésie.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de mon intervention, les praticiens peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.



J'autorise l'équipe médicale et paramédicale à pratiquer les actes diagnostiques ou thérapeutiques qu'ils estimeraient nécessaires.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise les médecins à faire pratiquer des analyses sanguines .	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>si concerné(e)s</i> J'accepte d'être hospitalisé(e) en service ambulatoire et rentrer le jour même chez moi accompagné(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



Fait le

à

Signature :



Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

ACTE DE CHIRURGIE

Ainsi que le Docteur _____ me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales,

Je soussigné(e) _____, né(e) le _____, confirme avoir été informé(e) par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir : _____

Le Docteur _____ m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.

J'ai été informé(e) de la possibilité de complications graves, de séquelles possibles, des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur(se), des réactions individuelles imprévisibles et d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire.

Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales : hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse, ou générales : phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse (listes non exhaustives)

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur _____ à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien ou autres confrères.

J'ai également bien compris qu'une check-list est réalisée juste avant l'incision, patient(e) anesthésié(e), et que l'intervention chirurgicale peut ne pas avoir lieu en cas de problème de dernière minute.

Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) par le Docteur _____ des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. **J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance**, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser au Docteur _____ toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe **une imprévisibilité de durée**, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Nom : «NOM_USUEL»
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Je confirme **que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant**, et que dans cet intervalle le Docteur _____ est à ma disposition pour répondre à mes questions.

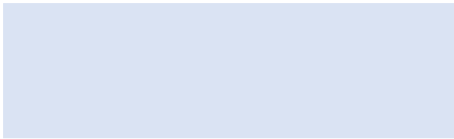
Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré et postopératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur _____ et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.

Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas **je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.**

Fait le _____ à _____

Signature précédée de la mention manuscrite : « lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention »



Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

INFORMATION SUR L'ANESTHESIE

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 post interventionnelle** (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 post interventionnelle, 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 ?

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**

Nom : «NOM_USUEL»
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

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

Quels sont les inconvénients et les risques propres à 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 enrouement au réveil.
- Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est essentiel 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.

Quels sont les inconvénients et les risques propres aux anesthésies locorégionales ?

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**.

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.

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

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Merci de le compléter avant votre consultation

Taille : cm

Cochez ce qui vous semble correspondre à votre cas ou à ce que vous avez eu dans le passé.

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ?

- À des médicaments en particulier ? Si oui, lesquels :
- Aux antibiotiques ? Si oui, lesquels ?
- À un produit de contraste de radiologie ? Si oui, lesquels :

Bétadine© ☐ Latex ☐ Sparadrap ☐ Autres :

Cela se présente comme : Réaction cutanée ☐ Réaction oculaire ☐ Choc anaphylactique ☐
Crise d'asthme ☐ Œdème de Quincke ☐ Rhinite ☐

- Avez-vous des médicaments que vous supportez mal ? lesquels ?.....

TRAITEMENTS EN COURS

Veuillez détailler ci-dessous le nom, la dose et l'horaire approximatif de prise de TOUS les médicaments que vous prenez. **Merci d'apporter les ordonnances** correspondantes lors de la consultation d'anesthésie.

[illegible]

Nom : «NOM_USUEL»
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance :
 IPP :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Citez vos interventions sous anesthésie générale/locorégionale/locale

	DATE (si possible) :	OPERATION REALISEE :	TYPE D'ANESTHESIE
1/
2/
3/
4/
5/
6/
7/
8/

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements : Oui ☐ Non ☐ Saignements : Oui ☐ Non ☐

Autres problèmes d'anesthésie à préciser :

Avez-vous présenté des problèmes et/ou complications ?

Non ☐ Oui ☐ Si oui, lesquels : Hémorragie ☐ Phlébite/Embolie pulmonaire ☐ Autres ☐

Avez-vous déjà été transfusé(e) ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez l'année :

MALADIES et ANTECEDENTS MEDICAUX

PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES	OUI	NON	Spécifiez
Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquels (<i>Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens</i>) :			
Avez-vous consulté ou été hospitalisé pour une cause cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelle est la date de la dernière consultation auprès du cardiologue ?			
Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des douleurs dans la poitrine, angine de poitrine ou infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des stents coronaires ? (Ressorts dans les artères du cœur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un pontage coronarien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une valve cardiaque artificielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un pace maker (pile) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom : «NOM_USUEL»
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance :
 IPP :

Avez-vous fait des phlébites (caillot de sang dans une jambe) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres éléments ou antécédents cardiaques à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES RESPIRATOIRES	OUI	NON	Spécifiez
Êtes-vous suivi(e) par un pneumologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous essoufflé(e) au repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faites-vous des apnées du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une machine la nuit ? (Apporter votre appareil en hospitalisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour un asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour une bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumez-vous ? Quelle quantité ? Quand avez-vous commencé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour une autre maladie ? Si oui laquelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous suivi(e) par un pneumologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES HÉMATOLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une hémophilie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une maladie de Willebrand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une anémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y'a-t-il des antécédents familiaux de maladie de coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES DENTAIRES	OUI	NON	Spécifiez
Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous une ou deux prothèses <u>amovibles</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesquelles?.....			
Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous en cours de traitement chez un dentiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De quel type ?			
Sur quelles dents ?			
Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires (Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom : «NOM_USUEL»
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance :
 IPP :

PROBLÈMES OPHTALMOLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Glaucome, forte myopie, greffe ou autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Avez-vous déjà perdu connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une migraine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplegie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une sciatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une myasthénie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES DIGESTIFS	OUI	NON	Spécifiez
Êtes-vous suivi par un gastro-entérologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu une coloscopie (si oui, diverticules ? autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une gastrite, œsophagite, hernie hiatale, ulcère (de l'estomac ou du duodénum), ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une maladie du colon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été traité(e) pour une autre maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laquelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES URINAIRES	OUI	NON	Spécifiez
Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour une maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite, prostatite, pyélonéphrite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été soigné(e) pour une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES ENDOCRINO-MÉTABOLIQUES	OUI	NON	Spécifiez
Êtes-vous diabétique ? Si oui, depuis Quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous traité par de l'insuline (injections) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des complications liées au diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une hyperuricémie (goutte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROBLÈMES GYNECO OBSTETRICAUX	OUI	NON	Spécifiez
Êtes-vous susceptible d'être enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un moyen de contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un traitement hormonal substitutif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu des grossesses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y'a t-il eu une complication pendant la grossesse ou l'accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom : «NOM_USUEL»
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

DANS VOTRE FAMILLE : un de vos proches a-t-il été soigné pour :

- ☐ Diabète ☐ Infarctus chez une personne de moins de 50ans ☐ Embolie pulmonaire ☐ Asthme
☐ Phlébite ☐ Porphyrie ☐ Creutzfeld-Jacob ☐ Hémophilie/Willebrand ☐ Maladie musculaire (myopathie)
☐ Maladie neurologique ☐ Hyperthermie maligne
Une autre maladie grave :

Encadré réservé au chirurgien et médecin anesthésiste
CONDITIONS D'ADMISSION

Admission en J0 possible ?

Chirurgien : Oui ☐

Non ☐

Médecin anesthésiste : Oui ☐

Non ☐

CONSENTEMENTS POUR ANESTHESIE

Au cours de la consultation d'anesthésie du/..... /..... avec le Docteur _____

- J'estime avoir été suffisamment 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.
- J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Nom : _____ ,

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :



Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur à mon égard.

FICHE N°5 :

INFORMATIONS ET CONSENTEMENTS RELATIFS A LA TRANSFUSION AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

INFORMATIONS SUR LA TRANSFUSION

A quoi sert une transfusion ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs.



Les globules rouges :

- Ils transportent de l'oxygène vers les tissus.
- Leur transfusion est notamment nécessaire en cas d'anémie importante.

Le plasma :

- Il permet la coagulation du sang.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes :

- Elles sont indispensables à la formation d'un caillot.
- Leur transfusion est nécessaire dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs :

- Ils contribuent à la défense contre l'infection.
- Leur transfusion est nécessaire lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, vous devez être informé sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que sur les examens à réaliser avant et après celle-ci. Le médecin qui prescrira cette transfusion vous en informera.

Consentement

Si vous devez être transfusé lors de votre séjour, **nous vous remettrons un document d'information et un formulaire de consentement** concernant la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin.



Deux examens de vérifications avant la transfusion : la détermination du groupe sanguin et la Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI).

Cas particulier

Lors d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez anesthésié.



Si vous ne souhaitez pas recevoir de transfusion pensez à l'indiquer dans vos **directives anticipées** (droit du patient) et le signaler à votre équipe soignante.



Les risques de la transfusion

Des réactions peuvent survenir pendant et après la transfusion. *Exemple : urticaire, frissons, fièvre sans cause infectieuse.*



Les autres risques sont liés aux groupes sanguins et donc limités par nos mesures barrières :



- Votre **identité est vérifiée** tout au long de votre prise en charge,
- Votre **groupe sanguin est vérifié** à l'admission et avant toute transfusion,
- Nous réalisons différents **examens sérologiques** sanguins avant la transfusion programmé

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

CONSENTEMENT ECLAIRE A LA TRANSFUSION

Au cours de la consultation d'anesthésie du _____ ,
le Dr....., m'a fait part de la possibilité d'une transfusion sanguine lors de mon
intervention chirurgicale du _____

Après avoir pris connaissance du fascicule d'information remis dans le cadre de cette consultation, et
avoir compris les explications du médecin, je déclare accepter la transfusion sanguine nécessaire au bon
déroulement de mon intervention.

Nom : _____ ,

Date :

Signature, précédée de « lu et approuvé »



FICHE N°6 :

CONSENTEMENTS ECLAIRE AU BLOC PERINERVEUX

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Je certifie avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant la pratique des blocs nerveux périphériques post opératoires avec ou sans mise en place de cathéter sous cutané, à visée antalgique.

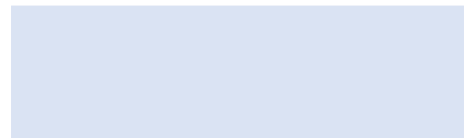
Ces techniques sont utiles pour les traitements antalgiques post-opératoires, dans certaines chirurgies ou pour la réalisation des anesthésies locaux régionales.

Les modalités de mise en place et les complications possibles m'ont été expliquées et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la compréhension de cette méthode de lutte contre la douleur.

Nom : _____ ,

Date :

Signature, précédée de « lu et approuvé »



INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE DE MEDICAMENTS AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Tout médicament peut provoquer des effets indésirables :



- Lorsque sa concentration est trop importante dans votre organisme
- Lorsque vous réagissez anormalement en sa présence
- En cas d'erreur d'utilisation d'un médicament



C'est pourquoi il est important de respecter les consignes de votre médecin et de l'équipe soignante et de ne pas modifier vous-même votre traitement, ni de prendre un autre médicament sans demander leur avis.

L'utilisation de médicaments autres que ceux délivrés par l'établissement est interdite notamment pour éviter tout risque de surdosage.

Les signes les plus fréquemment observés d'effets indésirables sont :



- Une somnolence
- Une fatigue inhabituelle
- Des vertiges ou même une chute
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements)
- Des crampes ou des douleurs musculaires inhabituelles
- Des saignements.



Afin de diminuer le risque d'effets indésirables :

- Vous devez emporter avec vous vos ordonnances (généraliste et spécialiste) !
- 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 (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 (les quantités prescrites, les heures de prise...)



Vous devez avertir le médecin ou l'équipe soignante de toute modification de votre état de santé ou si vous ressentez tout phénomène inhabituel.

Vous pouvez demander conseil ou toute information concernant votre traitement au médecin ou à l'équipe soignante

Les médicaments les plus à risque sont :

- Les anticoagulants oraux
- Les médicaments du diabète
- Les médicaments des affections cardiaques et vasculaires
- Tous les anti-inflammatoires, même ceux utilisés contre la douleur
- Les tranquillisants et les somnifères



A votre arrivée, votre traitement personnel médicamenteux sera mis en sécurité par le personnel soignant conformément au protocole de l'établissement. Il vous sera restitué à la sortie avec votre nouvelle ordonnance.

FICHE N°8 :

DESIGNATION DE VOTRE PERSONNE A PREVENIR & DE CONFIANCE

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

PERSONNE A PREVENIR

Tout patient **doit** désigner une ou des personnes à prévenir au cours de sa prise en charge.

Rôles et missions : La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en **cas d'événement(s) particulier(s)** au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif.
Exemples : Transfert vers un autre établissement de santé, sortie de l'établissement etc.

NOM : PRENOM :
NUMERO DE TELEPHONE : LIEN AVEC LE PATIENT :

PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance : Tout patient **peut** désigner une personne de confiance au cours de sa prise en charge.

Quel est son rôle ?

Accompagnement et présence aux entretiens médicaux ; aide à la prise de décision ; relai entre le patient et les soignants.

Elle sera consultée dans le cas où le patient serait hors état d'exprimer sa volonté ou de recevoir des informations.

Qui est-elle ?



Un proche

Un parent

Votre médecin traitant

Quand la désigner ?

À tout moment sur votre Espace Numérique en Santé ou **auprès de votre équipe soignante**

Pas de limitation de durée.

Révocable à tout moment.

Je souhaite désigner une personne de confiance : ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) :

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nomme la personne de confiance suivante

Nom d'usage, nom de naissance, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé :

professionnel :

portable :

Email :

Lien avec le patient :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées :

Oui ☐

Non ☐

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui ☐

Non ☐

Fait le

A

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

FICHE N°9 :

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Il s'agit pour vous, d'exprimer par écrit vos volontés sur les décisions médicales à prendre si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements ou actes médicaux.

Comment ça marche ?



Est-ce obligatoire de les rédiger ?

Non, toute personne majeure **peut** rédiger des directives anticipées.



Quand les écrire ?

Quand vous le souhaitez. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de durée de temps.



Où et comment les rédiger ?

Vous pouvez les rédiger à partir des formulaires que notre établissement vous propose ou sur un papier libre.

Avec qui parler de vos directives anticipées ?



Votre médecin

Personne de confiance, proche, famille

A qui demander des conseils ?

Associations de patients



Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pensez à communiquer l'existence de vos directives anticipées

A qui les communiquer ?

Médecin

Personne de confiance

Proches, famille

Et après, où les conserver ?

Voici nos conseils :



1 exemplaire pour vous

1 exemplaire dans votre dossier médical

1 exemplaire chez votre personne de confiance / votre famille/ un proche

Validité des directives anticipées :

Le document doit être :

- Ecrit
- Daté
- Signé



Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :



Les directives anticipées permettent au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre. Cette déclaration écrite indique vos volontés si vous étiez dans une situation où vous ne pouvez plus vous exprimer ou d'une altération de votre état lors de votre séjour.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses directives anticipées. Les directives peuvent être révisées et révoquées à tout moment. Si elle bénéficie d'un régime de protection légale (tutelle ou curatelle), elle doit demander l'autorisation du juge ou, le cas échéant, du conseil de famille.



Cadre réglementaire :

- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

MES DIRECTIVES

Je soussigné(e) (Nom et prénoms) : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Domicilié(e) à : _____

Ai déjà rédigé mes directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Mes directives anticipées sont connues de :

☐ Médecin ☐ Personne de confiance ☐ Famille ☐ Proche

Veuillez indiquer ses coordonnées :

Nom, prénom :

Téléphone :

Adresse :



☐ Mes directives anticipées sont enregistrées dans mon Espace Santé (ENS) sur mon Dossier Médical Partagé (DMP).

Si non, et que je souhaite rédiger mes directives anticipées : demander notre formulaire guidé (réanimation cardiaque, assistance respiratoire, transfusion, alimentation artificielle, hydratation artificielle...) ; ou faite-nous part de vos volontés :



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

Fait le

A

Signature



FICHE D'ADMISSION

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

VOTRE PROCHAINE HOSPITALISATION À LA CLINIQUE ARAGO



CONVOCACTION

Date d'entrée : _____

Heure d'entrée : **ENTRE 14H ET**

15H

Date de sortie prévisionnelle : _____

ATTENTION : VEILLEZ A RESTER JOIGNABLE ET CONSULTER VOTRE MESSAGERIE

Chirurgien : Docteur _____

Anesthésiste : Docteur Choisissez un élément.

Date d'intervention : _____

Nature de l'intervention : _____

FRAIS OBLIGATOIRES NON REMBOURSABLES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (SAUF EXONERATION)

- Forfait journalier : 20,00 € par jour
- Participation assuré solidaire : 24,00 € par séjour

La facturation s'effectue du jour d'entrée au jour de la sortie concernant les tarifs des prestations hôtelières.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DU CHIRURGIEN : €

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DE L'ANESTHÉSISTE : €

Le règlement s'effectue par chèque, carte bancaire ou espèces.

VOTRE MODE DE SORTIE

☐ Domicile ☐ Hospitalisation à domicile (HAD) ☐ Soins de Suite et de Rééducation *

**Uniquement sur prescription du chirurgien, l'accord définitif dépend de l'établissement concerné.*

Sans demande préalable, la recherche de place dans un établissement de Soins de Suite et de Rééducation n'est pas garantie ou se verra rallongée. Ce temps ne donnera lieu, en aucun cas, à une réduction de facture de la part de la Clinique Arago.

Adresse de sortie (si différente du domicile) :
.....
.....

Fait le

A

Signature

