

... SOMMAIRE ...



I. Informations et autorisations réglementaires

1. Informations générales sur l'anesthésie
2. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
3. Informations concernant la lutte contre la douleur
4. Informations concernant le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments
5. Informations concernant l'interdiction de fumer
6. Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée en **URGENCE** (consentement éclairé chirurgical)
7. Informations données par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur sur le type d'anesthésie envisagée en **URGENCE** (consentement éclairé anesthésique)
8. Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)
9. Questionnaire pré-anesthésique
10. Questionnaire intrabuccal



II. Autorisations du patient

1. Autorisations
2. Cas particulier du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)



III. Engagement du patient hospitalisé



IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

1. Personne(s) à prévenir
2. Transmissions des informations de santé à des proches
3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé
4. Désignation de la personne de confiance
5. Demande de non divulgation de présence



V. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret



A COMPLETER SI VOUS ÊTES...



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

Coordonnées du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom, prénom :

Lien avec le patient :

Tél. :

Portable :

Signature du représentant
ou tuteur du patient



Titulaire de l'autorité parentale pour un patient mineur

Articles 371-1, 372, 372-2 du Code Civil

Articles L.1111-5, R.1111-2, R.1112-35 du Code de la Santé Publique

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 l'un des parents est éloigné géographiquement, il est possible de nous transmettre les informations contenues dans ce livret avec sa signature par fax ou par voie postale.

Ce livret d'information doit être impérativement complété et signé par les titulaires de l'autorité parentale et présenté à l'accueil de la Clinique avant la consultation pré-anesthésique.

Auquel cas l'intervention pourra être reportée.

Le ou les signataire(s) de ce livret certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser à votre médecin, dans les plus brefs délais, une copie de la décision.

Les titulaires de l'autorité parentale :

- s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé
- certifient chacun en ce qui le concerne, que ce livret leur a été expliqué en totalité, qu'ils l'ont lu, complété et compris
- attestent chacun en ce qui le concerne, l'exactitude des renseignements contenus dans ce livret

Identification des titulaires de l'autorité parentale

| <input type="checkbox"/> Père de l'enfant | <input type="checkbox"/> Mère de l'enfant | <input type="checkbox"/> Tuteur ⁽¹⁾ |
|---|---|--|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : | Date de naissance : |
| Tél. : | Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : | Portable : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| | | |
| Signature : | Signature : | Signature : |

Entrée et sortie d'un patient mineur

Si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être présents le jour de l'hospitalisation ou lors de la sortie de l'établissement, la ou les personnes ci-après désignée(s) sont autorisées à accompagner l'enfant⁽²⁾ :

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Nom, prénom : | Nom, prénom : |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |

SECURITE : l'établissement n'autorise pas la sortie d'un patient mineur sans accompagnant.

⁽¹⁾ : 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.

⁽²⁾ : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'IDE du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous venez d'être admis(e) en **URGENCE** au Centre de la Main de la Clinique de La Ciotat, une des Cliniques des Établissements Sainte-Marguerite. Les Praticiens, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

La secrétaire des urgences vous a remis ce jour ce « Livret d'Information Patient ». Comme son nom l'indique, et selon la réglementation en vigueur, ce livret a pour objectif de regrouper les informations médicales et administratives nécessaires vous concernant, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins qui vous seront prodigués.

Vous devrez **lire et compléter** avec attention les différents documents (informations, questionnaires, autorisations) composant ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans nos établissements. **Vous pourrez, si nécessaire, les remplir avec l'aide de vos proches.**

Un complément d'informations vous sera donné par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur que vous rencontrerez ainsi que le Praticien qui vous prendra en charge.

Nous compléterons également notre information concernant votre éventuel séjour par le livret d'accueil de la Clinique qui vous sera remis si votre état de santé ou votre pathologie nécessite une hospitalisation.

Nous souhaitons que ce livret d'information contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les Etablissements Sainte-Marguerite.

Docteur Bruno THIRE / Directeur Général



I. Informations et autorisations réglementaires

1. Informations générales sur l'anesthésie

Département d'Anesthésie-Réanimation

Centre de la Main

Tél. : 04.42.08.73.48 / Fax : 04.42.08.73.42

Email : cdlm@wanadoo.fr

Docteur Fanny BLUSTIN

Docteur Jean-Michel BOMPAR

Docteur Alexandre ORLANDO



Pour la réalisation de votre intervention chirurgicale, vous allez bénéficier d'une anesthésie.

L'anesthésie a plusieurs buts. Vous assurer l'absence de douleurs au cours de l'intervention mais aussi permettre que l'intervention se réalise dans des conditions optimales (*par exemple : relâchement de certains muscles, amélioration de la circulation périphérique...*) et qu'elle n'ait pas de répercussion sur le reste de votre organisme (*par exemple une élévation excessive de la tension artérielle, le déclenchement de réflexes indésirables...*).

Votre anesthésie sera réalisée par un **médecin anesthésiste-réanimateur**, c'est-à-dire un médecin ayant acquis la spécialité en anesthésie-réanimation. En plus de l'anesthésie proprement dite, le rôle du médecin est de s'assurer de votre confort et de votre sécurité pendant la période péri-opératoire (avant, pendant et après l'intervention).

Il existe trois types d'anesthésie :

L'anesthésie générale au cours de laquelle vous dormez complètement et n'avez pas conscience de ce qui se passe.



L'anesthésie loco-régionale qui consiste à « endormir » la région dans laquelle se déroule l'intervention.

Les anesthésies mixtes sont la combinaison des deux précédentes.

Chacune de ces anesthésies a ses impératifs, ses contre-indications et ses limites.

Le choix du type d'anesthésie est dicté par de nombreux facteurs comme la nature de l'intervention (localisation, durée, impératifs techniques,...) votre état de santé et vos antécédents (traitements en cours, allergies, intolérances, incompatibilités,...)

Pour la chirurgie des membres et des extrémités, l'anesthésie loco-régionale est souvent la plus adaptée. Elle est réalisée par injection d'un produit anesthésiant sur le trajet d'un ou plusieurs nerfs de manière à ce qu'ils ne puissent plus conduire la douleur.

Sachez que pour votre confort, l'anesthésie loco-régionale est en général accompagnée de l'injection d'un ou plusieurs produits « décontractants » ou tranquillisants.

La réalisation d'une anesthésie nécessite souvent une préparation, parfois la modification ou l'arrêt de certains traitements, toujours le respect de plusieurs consignes comme l'arrêt de certains aliments et boissons.

Pour toutes ces raisons, une **consultation pré-opératoire (obligatoire par la loi)** sera réalisée quelques jours avant l'intervention.



A cette occasion, le médecin anesthésiste-réanimateur prendra connaissance de votre état de santé et de vos antécédents, et vous donnera toutes les

consignes relatives et spécifiques à votre anesthésie et à votre intervention.

Pour cette consultation, vous devez apporter la **liste de vos médicaments** ainsi que vos **derniers examens médicaux** (électrocardiogramme, bilans sanguins,...) et remplir le questionnaire pré-anesthésique de ce livret (pages ...)

Au cours de cette consultation pré-opératoire, le médecin anesthésiste vous donnera toutes les explications nécessaires et répondra à toutes vos questions relatives à l'**anesthésie**.

2. Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang

(Information sur la transfusion des patients en anesthésie - SffAR Mars 2006)

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, ce document est destiné à vous informer sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que les examens à réaliser avant et après celle-ci.

Dans le cas particulier d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise lorsque vous serez sous anesthésie. En conséquence, cette information est assez largement diffusée en préopératoire, et le fait qu'elle vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion.

Si vous avez dû recevoir une transfusion durant l'anesthésie, nous vous en informerons dès votre réveil.

Pour en faciliter la lecture, ce document comporte une première partie résumée « CE QU'IL EST IMPORTANT DE SAVOIR » et une seconde partie plus détaillée « POUR EN SAVOIR PLUS ».

Si une solution alternative à la transfusion homologue est envisageable, telle la transfusion dite « autologue » (votre propre sang mis en réserve), une information particulière vous sera délivrée.

Nous vous invitons à poser au Médecin qui vous informera, toute question sur ce sujet que vous jugerez utile.

Ce qu'il est important de savoir

A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?

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. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique. Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus.

Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile).

Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le Sida.

Quelle surveillance en cas de transfusion ?

La recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée. En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.

Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus. Il est important de conserver ces documents et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

Pour en savoir plus...

Les produits et leurs indications :

Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles.

Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.



Les globules rouges ont pour fonction le transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance

de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

Le plasma frais congelé contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les plaquettes sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

Les globules blancs contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang.

D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire.

Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

Les risques connus :

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

- Des risques liés aux nombreux groupes sanguins :

Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus.

Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés "irréguliers"), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.

Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

- Des risques résiduels de contamination :

Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques.

Les estimations issues de l'INVS 2008-2010 sont les suivantes pour les virus :

- de l'hépatite B : 1/1.850.000 produits
- de l'hépatite C : 1/7.000.000 produits
- du Sida : 1/2.900.000 produits

- les bactéries : 1/200.000 produits

Les dangers inconnus :

Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance).

Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

Les examens biologiques avant et après transfusion :

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.

En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués.

Avant chaque transfusion : il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient (figurant sur la carte de groupe sanguin) ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques.

Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes.

Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

Les documents remis et l'importance de leur conservation :

Après une transfusion, il vous est remis avant la sortie, un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus. Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à votre médecin traitant. Il en a besoin pour assurer un suivi médical de qualité.

En cas de transfusions régulières, ces informations peuvent être reportées sur un document récapitulatif. Il vous sera également remis à votre sortie une ordonnance pour effectuer une nouvelle recherche de RAI.

En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de re-contacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

3. Informations concernant la lutte contre la douleur

Selon les articles L.710-3-1 et 710-3-2 de la Loi n° 95-116 du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

Dans cet établissement, les équipes soignantes s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens disponibles pour prendre en charge votre douleur, la soulager et vous donner toutes les informations utiles. Pour cela, votre participation est primordiale. C'est pourquoi un questionnaire « douleur » vous sera remis au cours de votre hospitalisation.

Vous trouverez également inclus au livret d'accueil qui vous sera remis lors de la consultation pré-anesthésique, un document détaillé relatif aux modalités de lutte contre la douleur.

4. Informations sur le risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments

Lors de l'utilisation non contrôlée de médicaments deux risques principaux sont encourus :

- **LE SURDOSAGE** : la quantité de médicament est supérieure à la dose thérapeutique ou toxique ; elle peut alors provoquer des troubles graves voire mortels.
- **L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE** : quand un médicament modifie l'effet d'un autre médicament présent au même moment dans l'organisme, on dit qu'il y a interaction médicamenteuse. Celle-ci peut être positive et voulue, ou bien négative et à éviter. Mais, en règle générale, les interactions médicamenteuses sont à éviter, car elles peuvent entraîner soit l'échec d'un traitement, soit une amplification des effets prévus, soit des effets toxiques graves, voire mortels.

L'addition des effets : par exemple, les actions de deux anticoagulants, deux hypnotiques, deux produits contenant du

paracétamol vont s'ajouter partiellement ou totalement.

La potentialisation des effets : au lieu de s'additionner, les effets se multiplient.

L'inhibition des effets : l'efficacité d'un médicament est diminuée, voire annihilée par l'administration d'un second.

A ces deux risques s'ajoute le risque induit par l'intervention que vous allez subir ou que vous avez subi. En effet certains médicaments ne sont pas compatibles avec une intervention chirurgicale : exemple les anticoagulants qui font saigner.

La polymédication, les sujets âgés, l'insuffisance rénale ou hépatique renforcent le risque encouru.

Aussi nous vous demandons de signaler au personnel soignant tous les médicaments que vous avez pris avant l'intervention, et de ne prendre aucun médicament de votre propre initiative et sans en avoir référé au praticien ou au personnel soignant qui vous a en charge, durant votre hospitalisation.



5. Informations concernant l'interdiction de fumer

Conformément à la réglementation :

- décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer
- circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé
- circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- arrêté du 3 janvier 2007 fixant les modèles de signalisation

Nous vous rappelons l'interdiction stricte de fumer dans tous les bâtiments des Cliniques du Groupe Sainte-Marguerite, depuis le 1^{er} Février 2007.

Il est bien entendu interdit aux patients ainsi qu'aux visiteurs, de fumer, que ce soit dans les chambres ou ailleurs. Un espace fumeur est aménagé à l'extérieur de la Clinique.

Nous remercions les Patients et leurs proches de nous aider dans cette démarche.



6. Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée en URGENCE

RECONNAISSANCE D'INFORMATIONS CONSENTEMENT ECLAIRÉ CHIRURGICAL

Comme le Docteur..... me l'a demandé, et pour répondre aux **obligations légales**, je soussigné Mr - Mme - Melle, né(e) le / /, confirme avoir été **informé(e)** par lui, dans le détail, des risques graves, y compris vitaux, inhérents à toute intervention chirurgicale, et en particulier infectieux, liés à l'intervention que je dois subir.

J'ai été informé de l'existence d'un certain pourcentage de **complications** graves, de **séquelles** possibles et de **risques**, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteint et aux associations morbides dont je peux être porteur, mais également à des réactions individuelles imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser au chirurgien toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques locorégionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

J'ai été informé par le chirurgien des **bénéfices** attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des **alternatives** thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire ultérieure. Les **explications** fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et **demander** au chirurgien de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire éventuellement assister pour cela d'un autre praticien.

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

Je fais confiance au Docteur pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat espéré.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'informations.

Fait à La Ciotat, le.....

Nom et signature du Praticien responsable du patient

Nom et signature du patient ou de son représentant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

7. Informations données par le Médecin Anesthésiste - Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée en URGENCE

CONSENTEMENT ECLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

Au cours de la consultation d'Anesthésie 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 des méthodes qui pourraient s'avérer utiles pendant l'intervention.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur à mon égard.

Fait à La Ciotat, le.....

Nom et signature l'Anesthésiste-Réanimateur

Nom et signature du patient ou de son représentant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



8. Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels) (à remplir avec le praticien lors de la consultation)

Vous allez entrer à la Clinique pour y subir un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible) dans le cadre de l'Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005, nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui non
2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui non
3. Un membre de votre famille génétique a-t-il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? oui non
4. Avez-vous été identifié comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ? oui * non

*Si oui, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC

Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date, nom et signature du patient ou de son représentant



Partie réservée au praticien

Le patient présente-t-il après élimination des autres causes possibles, un signe neurologique d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique (*Myoclonies, troubles visuels ou cérébelleux ou pyramidaux ou extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique*) associé à des troubles intellectuels (*démence, ralentissement psychomoteur*) ou psychiatriques (*dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire*).

Si le patient présente une suspicion d'EST, il faut revoir l'indication de l'acte et demander au préalable un examen neuropathologique et si la conclusion est positive en faveur d'une suspicion, il faut appliquer les modalités de traitement recommandées dans l'Instruction N°449.

Selon le processus déclaratif du patient et l'examen clinique, veuillez cocher la case qui correspond au niveau où se répertorie le patient :

PNSNA

Patients Ni Suspects Ni Atteints
regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

PSA

Patients Suspects ou Atteints
Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique

Nom et signature du praticien responsable du patient





9. Questionnaire pré-anesthésique

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

..... Tél. :

Poids : Taille : Profession :

Intervention : Chirurgien :

..... Gynécologue :

Date de l'intervention : Généraliste :

IMPORTANT : ce questionnaire prépare la consultation d'Anesthésie.

REPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

*Munissez-vous **impérativement** de vos ordonnances, électrocardiogramme, examens, carnet de santé.*

Recopiez la liste de **VOS** médicaments et la posologie, ci-dessous :

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Médicament | Matin | Midi | Soir |
|------------|-------|------|------|------------|-------|------|------|
| - | | | | - | | | |
| - | | | | - | | | |
| - | | | | - | | | |
| - | | | | - | | | |
| - | | | | - | | | |

Réservé à l'Anesthésiste

• **Avez-vous eu des problèmes cardiaques ?** Oui Non

Douleurs dans la poitrine Infarctus Hypertension Arythmie

Quelle est votre tension habituelle ?

• **Avez-vous eu des problèmes avec vos poumons ?** Oui Non

Bronchite chronique Asthme

- Toussez-vous ? - Crachez-vous ?

- Êtes-vous fumeur ? Oui Non Depuis quand ? Combien ? Pq/A

• **Avez-vous eu des problèmes d'allergie ?** Oui Non

Rhume des foins Urticaire Eczéma Œdème de Quincke

- A des médicaments Oui Non Lesquels ?

- Au latex (gants, ballons, préservatifs) ? Oui Non

• **Avez-vous eu des pertes de connaissance ?** Oui Non Si oui, quand ?

• **Avez-vous fait des crises d'épilepsie ?** Oui Non Si oui, quand ?

• **Etes-vous diabétique ?** Oui Non Si oui, depuis quand ?

Traitement :



Réservé à l'Anesthésiste

- **Avez-vous eu des saignements anormaux ?** Oui Non
(lors des extractions dentaires, coupures...)
- **Avez-vous déjà été opéré, anesthésié ou hospitalisé ?** Oui Non.....
Si oui, pourquoi et quand ?
 - 1 6
 - 2 7
 - 3 8
 - 4 9
 - 5 10

Avez-vous présenté des problèmes lors d'une intervention ? Oui Non.....

Un membre de votre famille a-t-il présenté des problèmes lors d'une intervention ? Oui Non.....

- **Avez-vous déjà été transfusé ?** Oui Non
Si oui, à quelle(s) date(s) ?
- **Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ?** Oui Non
- **Autorisez-vous une transfusion en cas d'urgence ?** Oui Non.....
Si non, motif :
- **Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation, sauf avis contraire de votre part : VIH** (Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA),
Hépatite B, Hépatite C.
Autorisez-vous le contrôle ? Oui Non Si non, motif :
- **Avez-vous eu des problèmes avec :**
 - Votre foie ? Jaunisse Hépatite
 - Vos reins ? Calculs Infections urinaires
 - Votre estomac ? Brûlures Ulcères Hernie hiatale
- **Avez-vous des varices ?** Oui Non
- **Avez-vous fait une phlébite ?** Oui Non Si oui, quand ?.....
- **Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?** Oui Non Si oui, quand ?
- **Portez-vous un appareil dentaire amovible ?** Oui Non.....
Des dents sur pivot ? Oui Non.....
- **Portez-vous des lentilles de contact ?** Oui Non
- **Buvez-vous régulièrement du vin ou des boissons alcoolisées ?** Oui Non
Si oui, combien ?.....
- **Avez-vous des enfants ?** Si oui, combien ?.....
- **Avez-vous un moyen de contraception ?** Oui Non
- **Etes-vous enceinte ?** Oui Non

• **Notez ici vos recommandations ou vos commentaires éventuels :**
.....
.....

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom et signature du patient ou de son représentant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

ou Etiquette Patient

INTERVENTION :

Nom :

Chirurgien :

Prénom :

Date int. :

Anesth. :

Date de N :

Sexe :

Date Cs :

Anesth. :

ATCD anesthésie :

ATCD médicaux :

Tabac :

Alcool :

Taille :

Poids :

Prothèses :

Traitements :

Allergies :

ATCD familiaux :

Examen cardio-Vx :

Biologie :

| | | | | | |
|------|--|-----|--|-----|--|
| GR | | Na+ | | TS | |
| Hte | | K+ | | TP | |
| GB | | Cl- | | TCA | |
| Plqt | | Gly | | Fib | |
| | | | | | |

ASA :

URGENCE :

Dernière prise almt :

Consignes / Pré-op

Visite / Pré-op



10. Questionnaire intrabuccal

- Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui non
 - Partielle maxillaire supérieur maxillaire inférieur
 - Complète maxillaire supérieur maxillaire inférieur

- Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui non

Si oui, lesquelles ?

.....

- Certaines de vos prothèses se descellent-elles souvent ? oui non

- Avez-vous des dents mobiles ou déchaussées ? oui non

- Êtes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ? oui non

- Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? oui non

- Portez-vous des prothèses provisoires ? oui non

- Avez-vous en bouche un travail dentaire (<1an) ? oui non

Si oui, de quel type et à quel endroit ?

.....

.....

- Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? oui non

Vous êtes informé que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si votre dentition est fragile. Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste traitant afin d'évaluer ce risque et d'en informer le Médecin Anesthésiste.

Date, nom et signature du patient ou de son représentant





II. Autorisations du patient

1. Autorisations

Je, soussigné(e), autorise :

- L'anesthésie générale et/ou loco-régionale
- L'intervention chirurgicale
- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Médecin d'astreinte en cas de nécessité

Nom et signature du patient ou de son représentant

Je, soussigné(e)

autorise

n'autorise pas

un **étudiant** (infirmier(e), aide-soignant(e)...) encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au cours de mon hospitalisation.

Signature du patient ou de son représentant

2. Cas particuliers du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection (sous tutelle)

Je, soussigné(e),

père⁽¹⁾, (nom et prénom à préciser)

mère⁽¹⁾, (nom et prénom à préciser)

tuteur⁽¹⁾, (nom et prénom à préciser)

de l'enfant ou du majeur sous tutelle (nom et prénom du patient à préciser)

né(e) le à

autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à anesthésier cet enfant (ou ce majeur sous tutelle),

et le Docteur (nom et prénom du médecin à préciser)

à opérer et apporter tous les soins et traitements nécessaires à son état de santé.

Signature : père et mère ou tuteur⁽¹⁾ de l'enfant
ou du majeur sous mesure de protection

(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). Rayer les mentions inutiles.



III. Engagement du patient hospitalisé



Je m'engage à prendre connaissance de l'intégralité des informations contenues dans le livret d'accueil qui me sera remis lors de la consultation pré-anesthésique.

Je m'engage à prendre connaissance des informations affichées dans le hall d'accueil et dans les couloirs, relatives en particulier aux consignes de sécurité et aux informations destinées aux patients.

Je m'engage à remettre lors de mon arrivée à l'infirmier(e) du service l'ensemble des médicaments en ma possession, à ne me faire amener aucun médicament de l'extérieur durant mon hospitalisation.

Je m'engage à ne pas apporter d'objets de valeur (argent, bijoux, chèquiers, cartes bancaires...) et dégage la responsabilité de la Clinique en cas de perte ou de vol des objets qui n'auront pas été placés dans le coffre mis à la disposition des patients.

Je m'engage à assurer une présence permanente au chevet de mon enfant de moins de 12 ans hospitalisé.

Je m'engage à régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, correspondant :

- Au forfait journalier hospitalier
- Au montant du ticket modérateur (si pas de prise en charge à 100%)
- A la totalité des frais d'hospitalisation si je ne bénéficie d'aucune prise en charge
- Au complément pour honoraires libres ou esthétiques fixés par le Praticien

Je m'engage à régler dès mon admission une participation forfaitaire de 18 €, destinée aux organismes d'Assurance Maladie selon le décret 707 du 19 juin 2006 article 1^{er}.

Je m'engage à régler les frais des prestations supplémentaires que je demanderai lors de mon admission selon les tarifs en vigueur (téléphone, télévision, chambre particulière...)

J'atteste avoir été informé(e) que les chambres particulières ne sont attribuées que le jour de l'admission en fonction des disponibilités.

En cas d'hospitalisation, je m'engage à verser, le jour de mon admission, une caution globale d'un montant de 350 €.

Cette caution vous sera restituée après votre sortie et l'acquittement intégral de vos frais.

Je m'engage à régler la majoration forfaitaire de 15 € qui sera appliquée à toute facture dont le règlement, s'il demeure à ma charge, n'est pas intervenu dans un délai d'un mois après la date de ma sortie.

En raison du nombre croissant d'impayés, aucune exception ne pourra être faite compte tenu de ces informations.

**Nom et signature du patient ou de son représentant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**





IV. Désignations / Autorisations administratives et médicales

Loi N°2202/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé



1. Personnes à prévenir

J'autorise la Clinique à contacter, en cas de nécessité administrative, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Nom, prénom : | Nom, prénom : |
| Lien avec le patient : | Lien avec le patient : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |

2. Transmissions des informations de santé à des proches

J'autorise Je n'autorise pas

la Clinique à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées.

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Nom, prénom : | Nom, prénom : |
| Lien avec le patient : | Lien avec le patient : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |

J'autorise Je n'autorise pas

dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.

En qualité de patient hospitalisé mineur, et dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, je **n'autorise pas** que les informations de santé me concernant soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

Nom, prénom et signature du patient hospitalisé mineur

| |
|--|
| |
|--|

3. Transmissions des informations de santé à des professionnels de santé

Je demande Je refuse

que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :

| | |
|--|---|
| Nom et prénom du Médecin traitant : | Nom et prénom du Médecin désigné : |
| Adresse : | Adresse : |
| Tél. : | Tél. : |

Nom et signature du patient ou de son représentant

| |
|--|
| |
|--|



4. Désignation de la personne de confiance

Important : En application de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je, soussigné(e)

souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

souhaite désigner une personne de confiance :

Nom de naissance :

(de la personne de confiance)

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance:

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Portable :

.....

- Cette personne, légalement capable, est : Un proche Un parent Mon Médecin traitant
- Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient ou de son représentant

Signature box with a pen icon.

Réservé à la personne de confiance :

Je, soussigné(e) certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à

Le

Signature de la personne de confiance

Signature box with a pen icon.

5. Demande de non divulgation de présence

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre Clinique, pour cela il vous suffit d'en faire la demande en complétant les informations ci-dessous et d'en faire part à votre praticien ou à l'accueil de notre établissement.

Je, soussigné(e)

souhaite ne pas divulguer ma présence au sein de votre Clinique et conserver mon anonymat.

Signature du patient ou de son représentant

Signature box with a pen icon.



VI. Validation de la prise de connaissance des informations contenues dans ce livret



Je, soussigné(e), atteste avoir pris connaissance :

- ***des informations relatives à l'anesthésie (pages 3 et 4)***
- ***des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (pages 4 à 6)***
- ***des informations relatives à la prise en charge de la douleur (page 6)***
- ***des informations relatives au risque de surdosage et d'interactions encourus lors de l'utilisation non contrôlée et non médicalement validée de médicaments (page 6)***
- ***des informations concernant l'interdiction de fumer (page 6)***

Nom et signature du patient ou de son représentant

| |
|--|
|  |
|--|

**La Direction, le Personnel et l'Équipe médicale
vous remercient du temps consacré à la prise de connaissance
des nombreuses informations de ce livret,
indispensable à votre prise en charge dans notre établissement,
conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**

... NOTES ...

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

... NOTES ...

A series of horizontal dotted lines for writing notes.