

Madame,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) dans un des Etablissements Sainte-Marguerite. Les Praticiens, l'ensemble du Personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Le Praticien qui vous prendra en charge lors de votre hospitalisation vous a remis ce jour ce « livret d'information du 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 et/ou de votre Médecin traitant.

Il est essentiel de vous présenter munie de ce livret complété et signé à l'accueil de l'Etablissement avant votre consultation pré-anesthésique, à l'occasion de laquelle un complément d'informations vous sera donné par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur que vous rencontrerez.

Nous compléterons également notre information concernant votre séjour par le livret d'accueil qui vous sera remis lors de la consultation pré-anesthésique.

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



A COMPLETER SI VOUS ÊTES...



Représentant de la patiente ou d'une majeure sous tutelle *A compléter si la patiente est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information*

Coordonnées du représentant / tuteur⁽¹⁾ de la patiente :

Nom :
Prénom :
Lien avec la patiente :
Tél. :
Portable :

Signature du représentant
ou tuteur de la patiente





Titulaire de l'autorité parentale pour une patiente mineure *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, voie postale ou mail preadmission@clinique-st-jean.fr




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

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 la patiente mineure, 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 la patiente	<input type="checkbox"/> Mère de la patiente	<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'une patiente mineure

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 la patiente mineure⁽²⁾ :

Nom, prénom :	Nom, prénom :
Lien avec la patiente :	Lien avec la patiente :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

SECURITE : l'établissement n'autorise pas la sortie d'une patiente mineure 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 la sage-femme du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.

... 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. Cas particulier de l'allergie au Latex
 7. En vue de la consultation anesthésique, n'oubliez pas d'apporter...
 8. Informations données par le Gynécologue-Obstétricien concernant l'interruption médicale de grossesse (IMG)
 9. Informations données par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur sur le type d'anesthésie envisagée
 10. Evaluation des risques liés aux ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels)
- Dossier anesthésique
Dossier médical



II. Autorisations de la patiente

1. Autorisations
2. Cas particulier de la patiente mineure ou de la patiente majeure sous mesure de protection (sous tutelle)



III. Engagement de la patiente hospitalisée



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. La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales



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

1. Informations générales sur l'anesthésie

Le dossier anesthésie ci-après (pages 12 et 13) est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques, notamment sur les techniques d'anesthésie loco-régionale. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure d'anesthésie qui vous sera proposée par l'équipe médicale. Vous pourrez également poser des questions au Médecin Anesthésiste-Réanimateur sur cette procédure.

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 l'Interruption Médicale de Grossesse, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez sous anesthésie générale. 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.

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 donateurs bénévoles.

Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donateurs, 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 de la patiente (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, 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'hospitalisation, 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 Etablissements 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 l'Etablissement.
Nous remercions les patients et leurs proches de nous aider dans cette démarche.

6. Cas particulier de l'allergie au Latex

Dans cet établissement, les patientes présentant une allergie au Latex font l'objet d'une prise en charge spécifique et adaptée.

Les modalités de cette prise en charge pluridisciplinaire et complexe vous seront présentées par le Gynécologue-Obstétricien et le Médecin Anesthésiste-Réanimateur qui vous prendront en charge.

7. En vue de la consultation pré-anesthésique, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Votre carte vitale d'assuré social **A JOUR** ou une carte d'affiliation à un autre organisme
- Votre carte mutualiste ou accord de prise en charge si vous bénéficiez d'une mutuelle
- **La photocopie de l'ordonnance de votre traitement médical personnel en cours**
- Vos examens complémentaires : résultats des analyses biologiques, radiographies, scanner, examen cardiologique (ECG)...
- Votre carte de groupe sanguin, si vous en possédez une

En plus des documents ci-dessus, **pour une PATIENTE MINEURE, il est obligatoire de présenter les documents suivants :**

- **La carte d'identité ou le passeport en cours de validité du ou des titulaires de l'autorité parentale**
- **Le livret de famille**
- Le carnet de santé et de vaccination



8. Informations données par le Gynécologue-Obstétricien concernant l'Interruption Médicale de Grossesse.

ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

Conformément à la réglementation en cours, l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean assure une présence continue 24h/24 d'un Gynécologue-Obstétricien et d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur de garde sur place assurant la responsabilité des accouchements survenant pendant la garde (nuit, week-end, jours fériés)*.

**Possibilité d'une prise en charge personnalisée dont les modalités sont à préciser avant l'admission avec votre Gynécologue-Obstétricien, sous réserve qu'il soit joignable.*

Oui Non

En cas de prise en charge personnalisée, je, soussignée, certifie avoir été informée qu'un gynécologue-obstétricien de garde sur place assure la prise en charge des urgences.

Signature et tampon du Gynécologue-Obstétricien



Signature de la patiente ou de son représentant



VALIDATION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ IMG

Docteur, je, soussignée, (Nom de naissance/prénom) vous confirme :

- avoir été clairement informée, que ce soit dans ce document, et lors des entretiens que nous avons eus (pendant lesquels j'ai pu vous poser librement toutes les questions que je souhaitais) sur la pathologie de ma grossesse, son interruption et toutes les complications pouvant survenir dans ce contexte
- avoir reçu de votre part des informations précises en fonction de mon cas particulier sur :
 - o le déclenchement du travail
 - o les risques et les bénéfices concernant un accouchement par les voies naturelles par rapport à une césarienne
 - o les risques de complications pendant l'Interruption Médicale de Grossesse (hypertension...)
 - o les risques de complications après l'Interruption Médicale de Grossesse (hémorragie de la délivrance, infections...) qui peuvent nécessiter une prise en charge complexe médicale et/ou chirurgicale dans l'Hôpital et/ou un autre établissement
 - o les risques d'hémorragie graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital et nécessiter une éventuelle transfusion
 - o l'éventualité de la nécessité d'une césarienne et les risques inhérents à cette intervention
- que j'ai également été clairement informée qu'au cours de ma grossesse, de l'Interruption Médicale de Grossesse et/ou des soins suivants l'Interruption Médicale de Grossesse, l'anesthésiste et vous-même pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires différents de ceux prévus initialement, et je vous autorise ainsi que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaire dans ce contexte
- ne pas avoir caché ou dissimulé d'information ou d'éléments nécessaires à ma prise en charge
- m'engager à respecter les règles de fonctionnement du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Etablissement
- m'engager à me rendre aux consultations et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez durant mon séjour

Fait à Le

Signature du Gynécologue-Obstétricien



Signature de la patiente
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



Signature du conjoint de la patiente
(précédée de la mention « lu et approuvé »)





9. Informations données par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée

CONSENTEMENT ECLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

(A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)

Je, soussignée, reconnais avoir été suffisamment informée sur les risques anesthésiques inhérents à l'Interruption Médicale de Grossesse et à une éventuelle intervention chirurgicale et avoir pu poser les questions que je désirais au Médecin Anesthésiste-Réanimateur (voir informations pages 4 à 6).

J'accepte également les modifications de méthode, qui pourraient s'avérer utiles pendant l'Interruption Médicale de Grossesse, jugées indispensables par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur.

Fait à Le.....

Nom et signature
du Médecin Anesthésiste-Réanimateur



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



*Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur.
Son absence, toutefois, nous contraindrait à surseoir à votre anesthésie.*

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


Vous allez entrer à l'Hôpital 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 traitée 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 identifiée 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, soussignée, atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date, nom de naissance et signature de la patiente
ou de son représentant



P a r t i e r é s e r v é e a u p r a t i c i e n

La patiente présente-t-elle 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 la patiente 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 de la patiente et l'examen clinique, veuillez cocher la case qui correspond au niveau où se répertorie la patiente :

PNSNA

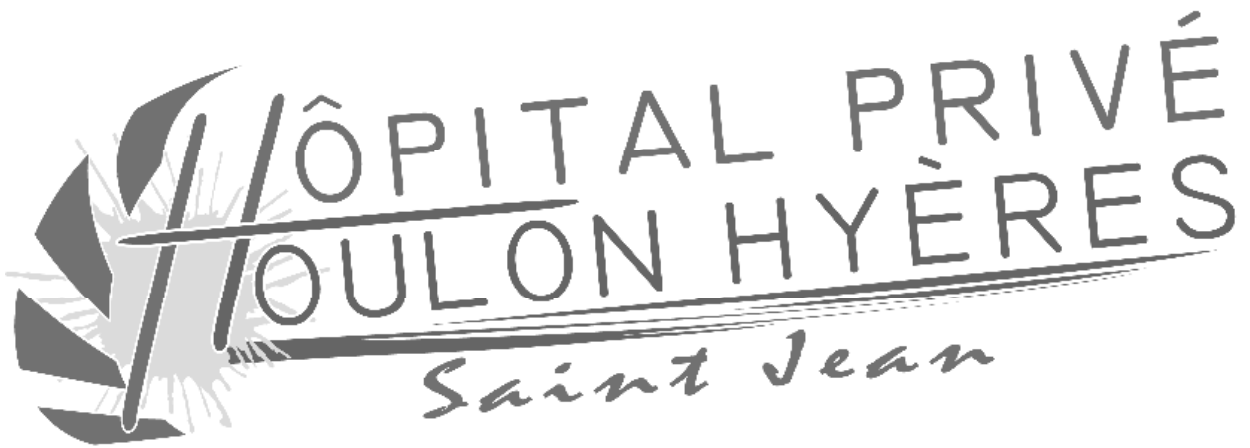
Patients Ni Suspects Ni Atteints
regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST

PSA

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

Nom et signature du praticien responsable de la patiente





Dossier Anesthésique

IMG

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patiente

11. Informations générales sur l'anesthésie

Département d'Anesthésie-Réanimation
Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean
Avenue Georges Bizet
Téléphone : 04.98.00.14.70 - Fax : 04.94.00.14.74
Email : scpcsj83@wanadoo.fr



Docteur BALEZ Vincent
Docteur FADE Benoît
Docteur ISNARD Georges

Docteur JOLY Fabrice
Docteur KADOCH Ruben
Docteur LOUVEL-ZBYTEK Françoise

Docteur OTTOMBRE David
Docteur VASSALLO-CECCALDI Dominique

Ce dossier anesthésie est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques, notamment sur les techniques d'anesthésie loco-régionale. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure d'anesthésie qui vous sera proposée par l'équipe médicale. Vous pourrez également poser des questions au Médecin Anesthésiste-Réanimateur sur cette procédure.

Vous devrez consulter un Médecin Anesthésiste-Réanimateur afin d'établir un dossier et envisager le bilan biologique qui sera utile en cas d'analgésie obstétricale ou d'anesthésie générale. **Cette visite est obligatoire même si vous ne souhaitez pas d'analgésie. Merci de compléter impérativement le questionnaire pré-anesthésique (pages 14 à 16).**

Qu'est-ce qu'une anesthésie ?

L'anesthésie générale abolit la perception de la douleur. Le sommeil du patient est obtenu par l'utilisation de divers médicaments anesthésiants. Le plus souvent, il convient de procéder également à une ventilation artificielle. L'appareil d'anesthésie permet la conduite de l'anesthésie et la surveillance du patient durant l'intervention.

Pour certaines interventions et particulièrement en obstétrique, il est possible d'insensibiliser uniquement la partie du corps concernée. On parle d'anesthésie locorégionale. Les principaux types d'anesthésie locorégionale périmédullaire (anesthésies locales de la moelle épinière) sont l'anesthésie péridurale et la rachianesthésie.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie loco-régionale réalisée par un Médecin Anesthésiste Réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'Interruption Médicale de Grossesse et/ou, si besoin, à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine.

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfiques pour la mère. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière

dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée du déclenchement du travail afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut par le recours à l'anesthésie générale au cours de l'Interruption Médicale de Grossesse.

Une consultation est réalisée par un Médecin Anesthésiste Réanimateur. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du Médecin Anesthésiste Réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas par exemple s'il existe de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du Médecin Anesthésiste-Réanimateur et de sa disponibilité vis-à-vis de l'activité du bloc obstétrical.

Qu'est-ce que la rachianesthésie ?

Lors de la rachianesthésie, un anesthésique local est injecté directement dans le liquide céphalorachidien (LCR) qui entoure la moelle épinière. Vous ressentez d'abord une impression de chaleur dans la zone endormie, qui devient ensuite totalement insensible. Vous ne pouvez plus bouger la partie concernée durant le temps d'action de l'anesthésie, mais cela vous permet, durant l'intervention, de pouvoir rester totalement éveillée. Parfois, une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale ou d'urgence obstétricale. Cette méthode est aussi utilisable pour calmer les douleurs de l'Interruption Médicale de Grossesse. (rachianalgésie).

Comment serez-vous surveillée pendant l'analgésie péridurale ?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le Médecin Anesthésiste Réanimateur, la sage-femme, et éventuellement une infirmière diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie obstétricale ?

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, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. Au moment de l'expulsion, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'une expulsion et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères, des nausées sont possibles. Des **douleurs au niveau du point de ponction** dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter. Exceptionnellement, des **maux de tête** majorés par la position debout peuvent apparaître après l'Interruption Médicale de Grossesse. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué. Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves : convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie générale peut provoquer des maux de gorge ou un enrrouement passagers. En fin d'anesthésie, une sensation de froid et des frissons sont possibles.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'intervention peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines. Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie. Des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus beaucoup moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont rares mais non exceptionnels lors de la grossesse.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital, comme une allergie grave, un arrêt cardiaque ou une asphyxie, sont extrêmement rares.

Important

Si votre état de santé se modifiait entre votre consultation pré-anesthésique et votre admission (changement de traitement, état fébrile ou infectieux), prévenez au plus tôt votre Gynécologue-Obstétricien ou la surveillante du service de Gynécologie-Obstétrique en téléphonant au standard de l'Etablissement (numéro de téléphone en page de garde du présent livret).

Pensez à retirer vos verres ou lentilles de contact ; si vous portez une prothèse dentaire, munissez-vous d'une boîte de rangement, car vous devrez retirer votre prothèse avant de vous rendre au bloc opératoire.

Présentez-vous sans maquillage, sans vernis à ongles, ni faux ongles, sans bijoux ni piercings.

Avant l'anesthésie



Vous devez être **à jeun** (ni boire, ni manger, ni mâcher de chewing-gum) **durant les 6 heures qui précèdent l'heure prévue pour votre anesthésie.**



De plus, il est strictement **interdit de consommer de alcool et/ou de fumer (y compris cigarette électronique) durant les 12 heures qui précèdent votre admission.**

IMPORTANT : le questionnaire ci-après prépare la consultation d'Anesthésie.
REMPLISSEZ-LE AVEC SOIN A DOMICILE OU AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

A COMPLETER PAR LA PATIENTE

12. Questionnaire Anesthésie

Nom de naissance : Prénom :
Nom d'usage : Date de naissance :
Adresse : Tél. :
Poids : Taille : Profession :
Variation de poids récente : non oui si oui :
Prise de poids : kg depuis :
Perte de poids : kg depuis :
Chirurgien :
Gynécologue :
Généraliste :

IMPORTANT : ce questionnaire prépare la consultation d'Anesthésie.
REMPLEZ-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 ci-dessous Aucun traitement en cours

Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								

- Durant les 12 derniers mois...**
Avez-vous été hospitalisées en Réanimation, Soins Intensifs... ? oui non
Avez-vous été hospitalisées à l'étranger ? oui non
- Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Multirésistante aux antibiotiques (BMR) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BMR ?** oui non
- Etes-vous porteur connu d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente (BHRe) ou avez-vous été en contact avec un patient porteur d'une BHRe ?** oui non
- Avez-vous eu un traitement antibiotique intensif et multiple ces 6 derniers mois ?** oui non
- Avez-vous déjà été opérée, anesthésiée, hospitalisée ?** oui non
Si oui, pour quoi et quand ?
.....
.....
.....
- Avez-vous eu des anesthésies générales ?** oui non
- Avez-vous eu des anesthésies locales, dentaires ou autres ?** oui non
- Avez-vous présenté des complications lors de précédentes anesthésies ?** oui non
Si oui, lesquelles ?
.....
.....
.....
- A-t-on signalé dans votre famille des problèmes dus aux anesthésies ?** oui non
Si oui, lesquels ?
.....

A COMPLETER PAR LA PATIENTE

Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Age :

Etiquette patiente

10) Avez-vous (eu) des problèmes :

Cardio-vasculaires

Nom du cardiologue :

Date de la dernière consultation :

- Hypertension artérielle (HTA) oui non
- Souffle au cœur oui non
- Angine de poitrine :
 Douleurs à l'effort oui non
- Douleurs au repos oui non
- Avez-vous eu :
 Un infarctus oui non
- Des palpitations oui non
- Une insuffisance cardiaque oui non
- Avez-vous des problèmes artériels :
 Artérite oui non
- Problème de carotides oui non
- Artérite des membres inférieurs oui non
- Avez-vous des problèmes veineux :
 Varices oui non
- Jambes lourdes oui non
- Antécédent de phlébite oui non
- Antécédent d'embolie pulmonaire oui non
- Paraphlébite oui non
- Avez-vous eu des examens complémentaires :
 Epreuve d'effort oui non
- Coronarographie oui non
- Autres : oui non
- Avez-vous des stents (ressorts) oui non
- Avez-vous un pacemaker oui non

Pulmonaires

- Etes-vous fumeur : oui non
- Si oui, nombre de cigarettes par jour :
- Consommez-vous des stupéfiants oui non
- Avez-vous des problèmes d'asthme oui non
- Si oui : crises fréquentes oui non
- Asthme de l'enfance oui non
- Traité oui non
- Avez-vous des problèmes de bronchites :
 Chronique oui non
- A répétition oui non
- Emphysème oui non
- Toux matinale oui non

Digestifs

- Avez-vous déjà subi :
 Une fibroscopie oui non
- Une coloscopie oui non
- Avez-vous des problèmes gastriques :
 Ulcère gastrique oui non
- Hernie hiatale oui non
- Brûlures d'estomac oui non
- Intolérance aux anti-inflammatoires oui non
- Consommation d'alcool :
 Vin oui non
- Autres : oui non
- Avez-vous des problèmes intestinaux :
 Constipation oui non
- Diarrhée oui non
- Sang dans les selles oui non

- Prenez-vous des laxatifs oui non
- Avez-vous des problèmes hépatiques :
 Hépatite A oui non
- Hépatite B oui non
- Hépatite C oui non
- Autres : oui non
- Autres problèmes :
-
-

Néphrologie/Urologie

- Calculs oui non
- Infections urinaires oui non
- Insuffisance rénale chronique oui non

Gynécologie

- Nombre de grossesses :
- Nombre d'accouchements :
- Date des dernières règles :
- Avez-vous eu une péridurale pour votre / vos accouchement(s) ? oui non

Neurologie

- Migraines céphalées oui non
- Epilepsie oui non
- Convulsions de l'enfance oui non
- Spasmophilie oui non
- Tétanie oui non
- Hémiplégie oui non
- Troubles de la parole oui non
- Accident vasculaire cérébral oui non

Allergies

- Avez-vous eu des problèmes d'allergie ? oui non
- Si oui, lesquels ?
 • Caoutchouc ou latex oui non
- Urticaire oui non
- Rhume des foins oui non
- Eczéma oui non
- Asthme oui non
- Œdème de Quincke oui non
- Alimentaires : oui non
- Banane, kiwi, avocat, châtaigne, melon
- Autres :
- Antibiotique oui non
- Aspirine oui non
- Autres médicaments oui non
- Si oui, lesquels :
- Lors d'un examen radiologique oui non

A COMPLETER PAR LA PATIENTE



Autres pathologies

- Avez-vous un diabète oui non
Si oui, traité par : comprimé
insuline
régime

- Avez-vous un glaucome oui non
- Avez-vous des prothèses ?
Lentilles oui non
Prothèse auditive oui non
Autre : oui non

Depuis quand ?

- Avez-vous des problèmes psychologiques
Dépression oui non
Anxiété oui non
Insomnie oui non

- Présentez-vous des apnées durant
votre sommeil ? oui non
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui non

Examens complémentaires déjà réalisés :

7) Avez-vous été transfusée ? oui non
Si oui, à quelle(s) date(s) ? :

Avez-vous eu un contrôle sérologique depuis ? oui non

Êtes-vous opposée à une transfusion en cas d'urgence ? oui non

Si oui, motif :

Signature de la patiente ou de son représentant

8) Statut viral :

Avez-vous eu une recherche des sérologies : de l'hépatite B ? oui non

de l'hépatite C ? oui non

VIH* ? oui non

Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel, sauf avis contraire de votre part : VIH*, Hépatite B, Hépatite C.

Autorisez-vous le contrôle ? oui non

Si non, motif :

Avez-vous pris de l'aspirine ou dérivé dans les 8 derniers jours ? oui non

Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas dans ce questionnaire ?

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

Je, soussignée, atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom de naissance et signature de la patiente
ou de son représentant

* Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA



A COMPLETER PAR LA PATIENTE

13. Questionnaire dentaire

- 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 en cours (datant de moins d'un an) ? oui non
 Si oui, de quel type et à quel endroit ?

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

Vous êtes informée 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.

**Nom de naissance et signature de la patiente
ou de son représentant**

14. Consultation pré anesthésique

A compléter par l'Anesthésiste

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patiente

Nom de l'Anesthésiste :

Date de la consultation : / /

Consultation d'anesthésie pour chirurgie urgente : oui non

Estomac plein : oui non

Intervention prévue :

Chirurgien :

Date :

Date d'hospitalisation :

Ambulatoire Hospitalisation

Antécédents chirurgicaux :

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

Antécédents anesthésiques :

.....
.....

Antécédents médicaux :

- Cardiovasculaires : HTA Pacemaker Défibrillateur implantable Maladie coronaire
 RAS Stents conventionnels Stents Actifs IDM Troubles du rythme/FA
 Angor Stable Angor Instable Autres :
- Pulmonaires : Asthme Emphysème BPCO Apnées du sommeil
 RAS Autres :
- Allergies : Antibiotiques : Latex Atopie Produit de contraste
 RAS Autres :
- Digestifs : Ulcère Gastro-duodéal Varices oesophagiennes Hernie hiatale
 RAS RGO Autres :
- Endocrinaux métaboliques : Diabète de type 1 Diabète de type 2 Dysthyroïdie
 RAS Dyslipidémie Autres :
- Tabac : Cannabis Cocaïne
- Alcool :
- Antécédents transfusionnels : Oui Non
- Uro / Génitaux :
- Neurologiques : Démence type Alzheimer Syndrome anxieux Parkinson Syndrome psychiatrique
 RAS AVC Syndrome dépressif Autres :
- Hématologiques : Thalassémie Déficit G6PD Diathèse hémorragique
 RAS Troubles de la coagulation Autres :
- Rhumatologiques : Hernie discale Arthrose dorso-lombaire Arthrose cervicale
 RAS Polyarthrite Rhumatoïde Autres :
- Vasculaires : Artériopathie membres inférieurs Autres :
- RAS Sténose carotidienne Phlébite Varices
- Ophtalmologiques : Glaucome : Oui Non Autres :
- RAS

Traitements en cours :

Pas de traitement en cours

Tous à poursuivre

Tous à poursuivre sauf :

.....

.....

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Etiquette patient

Examen clinique :

Taille : Poids : IMC :

Tension artérielle : Fréquence cardiaque :

Signes fonctionnels :

Auscultation :

- Cardio :

- Pneumo :

Rachis :

Etat veineux : RAS Facile Difficile Ne pas piquer à gauche

Ne pas piquer à droite

Lentilles : Oui Non

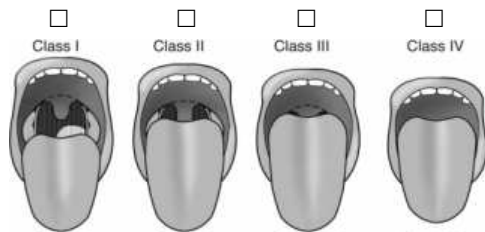
Piercing (localisation) :

Tatouage (localisation) :

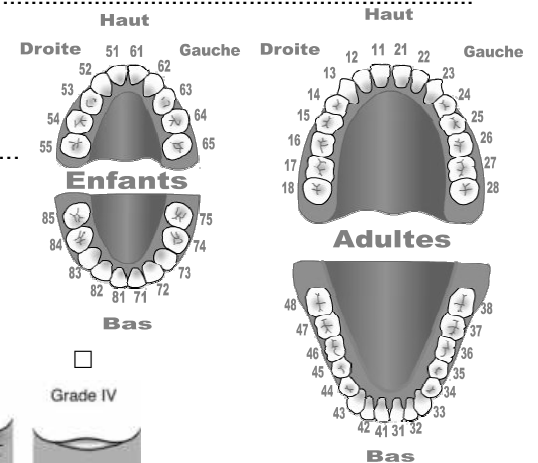
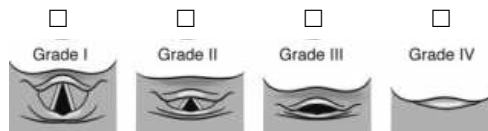
Niveau de stress :

Critères d'intubation :

- Présence d'appareils : Haut Bas Non
- Etat dentaire : Bon Médiocre Mauvais Autres
- Mobilité du rachis cervical : Oui Non
- OB :
- DTM :
- MALLAMPATI :



CORMACK :



- Intubation difficile : Non Oui

- Ventilation masque difficile : Non Oui

- Risque dentaire : Non Oui

Evaluation du risque :

ASA I - II - III - IV - V Si ASA > 1, précisez :

Stade NYHA I - II - III - IV

Risque thrombo embolique : Faible Modéré Elevé

Risque hémorragique : Faible Modéré Elevé

Coronaropathie IC IRC AVC Diabète Chirurgie à haut risque

Score de Lee : /6

Score de Duke : 1 MET 4 MET 10 MET

Stratification du risque nutritionnel :

Grade nutritionnel 1 (GN 1) : Patient non dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition

Grade nutritionnel 2 (GN 2) : Patient non dénutri ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec un risque élevé de morbidité

Grade nutritionnel 3 (GN 3) : Patient dénutri ET chirurgie non à risque élevé de morbidité

Grade nutritionnel 4 (GN 4) : Patient dénutri ET chirurgie avec un risque élevé de morbidité

CONCLUSION

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

Prévoir : Post opératoire : Réa USC Chirurgical Service Autres :

Type d'anesthésie proposée :

- MF APD ② Refus APD analgésique
 AG ① ML RA ③ Refus APD mais OK pour RA si césarienne
 INT

Info donnée Anesthésie Analgésie / PCA Anesthésie Péribulbaire
 Anesthésie loco-reg. Ambulatoire Autorisation parentale de soins
 Anesthésie enfant Transfusion Risque dentaire

Equipements anesthésiques : VVC PCA Morphine Sonde urinaire Sonde nasogastrique
 Bas à varices Autres :

Antibioprophylaxie à prévoir : Non Oui, si oui molécule :

Prévention NVPO : OUI NON

A jeun depuis :

HGT à l'admission, suivre protocole insuline

Examens complémentaires demandés :

- Biologie : NF-plaq Urée-creat-gly-iono complet TP-TCK-fibrine INR
 Billi TC-Phosph.Alc-Lipase Troponine-BNP SGOT-SGPT-CPK-LDH
 Autres :

• Consultation cardio : Non Oui

• Examens complémentaires : Echo Cardio Doppler MI TSAO
 Autres :

• Consultation pneumo : Non Oui

• Radio thorax : Oui Non Autres :

• Autres :

Stratégie transfusionnelle : Groupage EFS : Non Oui

Cell Saver : Oui Non Ferme Sang en réserve Quantité :
 Plasma Plaquettes Autres :
 EPO Fer Exacyl

Traitements à donner le matin de l'intervention :

.....
.....


Consignes anesthésiques préopératoires :

.....

Consentement éclairé écrit remis : Oui Non

Bénéfice/risque exposé et accepté : Oui Non

Nom de naissance: Nom d'usage : Prénom : Date de naissance : Age : <i>Etiquette patiente</i>

Nom et signature de l'Anesthésiste-Réanimateur


15. Visite pré anesthésique

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patiente

Résultats des examens :

Biologie :

.....

.....

Cardiologie :

.....

.....

Pneumologie :

.....

.....

Autres :

.....

.....

Modifications depuis la consultation d'anesthésie :

Non

Oui

Si oui, précisez :

.....

.....

Confirmation de la stratégie anesthésique :

Oui

Non

Si non, précisez :

.....

.....

Date : / /

Nom et signature de l'Anesthésiste-Réanimateur


--

SUIVI ANESTHÉSIQUE PER INTERVENTIONNEL

Type d'intervention :

Heure induction :h..... Heure incision :h.....

Présence permanente de l'Anesthésiste

Type d'anesthésie : AG ① : MF ML INT
 Péridurale ②

Rachi ③ (aiguille, produit, quantité) :

Contrôle des voies aériennes : Non Oui Si oui : IOT INT sonde n°: AD
 Masque laryngé n°:
 Autre :

Ventilation au masque : Facile Difficile

Intubation : Facile Difficile Cormack :

Monitoring : SFAR* ECG PNI SPO2 Autre :

SFAR = ECG, PNI, SPO2, FIO2, ETCO2*

Date : / /
 Chirurgien :
 MAR :
 I.A.D.E :

Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Age :

Etiquette patient

Ventilation : VS VC VPC N2O O2
 Circuit ouvert Circuit fermé Air
 Halogéné

Paramètres ventilation :

Position opératoire : DD DLD DLG DV
 Autre :

VVP D VVC
 G

Bloc nerveux périphérique

	Nerf			
	Localisation			
Echo :
Neuro Stimulateur :
IMS :
Aiguille :
Produit :
Quantité :

Couverture chauffante : Oui Non

Protection yeux : Oui Non

Réchauffeur de solutés : Oui Non

Sonde gastrique : N°

Sonde thermique : Oui Non

Sonde Vésicale : N°

		H :						H :						H :						H :					
TA	220																								
Pouls																									
SaO2	200																								
EtCO2																									
T°	180																								
TOF																									
Garrot	160																								
Antibioprophylaxie	140																								
Molécule :																									
Dose :	120																								
Heure d'injection :																									
	100																								
	80																								
	60																								
	40																								
VV1																									
VV2																									
Diurèse																									
Pertes sanguines																									

Transfusion : Non Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Cell Saver : Non Oui si oui Cf. dossier transfusionnel

Evènements indésirables : Non Oui, si oui précisez :

.....

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :
<i>Etiquette patient</i>

HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES

SAINT JEAN

ETABLISSEMENTS SAINTE-MARGUERITE

SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE

Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Age :
Etiquette patient

Date : / / 20
 Nom Anesthésiste :
 Type d'anesthésie :
 AG ① : MF ML INT
 Péridurale ②
 Rachi ③

Allergies :

	2	1	0
Motricité spontanée :	Bouge 4 membres	Bouge 2 membres	Immobile
Respiration :	Peut respirer profondément et tousser	Dyspnée, respiration superficielle, limitée	Apnée
Pression artérielle :	+/-20mm Hg	+/-50 mm Hg	Plus de 50 mm Hg
Etat de conscience :	Parfaitement réveillé	Se réveille à la demande	Ne répond pas aux ordres simples
Coloration :	Normale	Pâle, grisâtre marbré ictérique	Cyanosé
Saturation :	SpO2 > 92 % à l'air ambiant	Nécessité d'un apport en O2 pour maintenir la SaO2 >92%	SpO2 < 90% malgré l'apport d'O2

Identification IDE / AS															
Nom				Nom				Nom							
Initiales				Initiales				Initiales							
Visa				Visa				Visa							

CRITERES D'ALDRETE	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Motricité spontanée															
Respiration															
Pression artérielle TA habituelle :															
Etat de conscience															
Coloration															
Saturation															
TOTAL															
Pouls															
Tension Artérielle															
O2															
Fréquence respi.															
Température															
Pansement															
Drain 1															
Drain 2															
Drain 3															
Cell Saver															

Sonde nasogastrique															
Sonde à demeure															
Irrigation vésicale posée															
Irrigation vésicale vidée															
Diurèse															
Aspect des urines															
Mobilité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sensibilité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nausées Vomissements Post Op															
Hemocue / Saignements															
Hémoglucolest															
Voie Veineuse Périphérique 1															
Voie Veineuse Périphérique 2															
Voie Veineuse Centrale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	KT Artériel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		KT Périnerveux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dispositif chauffant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Perfusions / Injections															
Transfusions															
Examens (labo, ECG, etc..)															
Vessie de glace		Observations diverses :													
Patient porteur du bracelet d'identification : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, si non → repose du bracelet <input type="checkbox"/>															
EVA / EN / EVS															
Initiales de l'IDE															

Réservé Médecin

Incidents péri anesthésiques : Non Oui, précisez :

Score d'Aldrete :
EVA / EN / EVS de sortie :
Heure de sortie :

Nom du Médecin responsable de la sortie

Signature du Médecin responsable de la sortie

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance : Age :

Etiquette patient

Dossier médical

OBSERVATIONS

Date :
Parité :
Terme en SA :

Gr Rh :

Allergie
Accompagnant :

PARTOGRAMME

Heures																				
Présentation (précisez le type)	Haute _____	Dilatation en cm	10																	
			Appliquée _____	9																
				8																
	Fixée _____		7																	
			6																	
	Engagée		Partie haute	5																
				4																
			Partie moyenne	3																
				2																
	Partie basse		1																	
Fermé																				
Contractions		Durée et intervalle																		
		Relâchement																		
		Intensité (F-M-I)																		
Caractéristiques du col																				
Laminaires	Heure de pose																			
	Retrait																			
Poche des eaux	Intacte																			
	Rompue/fissurée (heure)																			
	Durée de rupture en heures																			
	Caractéristique LA																			
Comportement : Calme – Agitée – EVA																				
Pouls – TA – T°																				
Thérapeutique (préciser heure pour injection)	RINGER LACTATE																			
	G5% 500 ml + 5UI Synto / ml/h																			
	ATBtpie selon protocole IV																			
	Molécule :																			
	Dose :																			
Anesthésie	10 UI SYNTOCINON IVD aux épaules																			
	AG①/APD②/RACHI③/PCA/MEOPA :																			
	Heure																			
Sondage	Effectué par :																			
	Heure et type																			
Médecin	Nom																			
	Présent sur place																			
	Heure d'appel																			
	Heure d'arrivée																			
	Motif d'appel																			
Auteur de l'examen																				

SURVEILLANCE IMMÉDIATE

Heure d'appel du Médecin Anesthésiste-Réanimateur :

Heure d'appel du Gynécologue-Obstétricien :

Heure	T.A	Pouls	T°	E.V.A	Globe utérin	Saignements Quantité en ml

TRANSMISSIONS PARTICULIÈRES

EN SALLE DE NAISSANCE

Diurèse Sonde à demeure Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Voies veineuses	Observations médicales

POUR LES SUITES DE NAISSANCE

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date de naissance :
Age :

Etiquette patiente

GO suivi de grossesse :

GO accouchement :

MAR : SF :

Médecin traitant : N° fax :

Adresse :

Accouchement au terme de **SA** le/...../.....

• **Début de travail provoqué** : MIFEPRISTONE Laminaires MISOPROSTOL RAM / gel / synton
 Autre :

• **Evolution du travail** : durée :

○ **Anesthésie** : AG① péridurale posée à cm ② Rachi ③ PCA MEOPA Absence
 Autre :

○ **PDE** : rupture spontanée rupture artificielle à cm Liquide : clair / teinté / méconial

• **Mode d'accouchement** :

○ **Accouchement voie basse**

- **Durée expulsion** :

- **Expulsion** : spontanée assistée
 manœuvres (préciser) :

- **Délivrance** : heure : naturelle dirigée synton 10 ui épaule ant
 artificielle, indication :
Volume estimé des pertes sanguines :
 révision utérine Examen placenta : complet / incomplet

- **Hémorragie du Post Partum** : oui non
Etiologie :

- **Périnée** : intact éraillures épisiotomie déchirure simple périnée complet / compliqué
Réfection sous anesthésie locale / générale / APD / PCA
 Suture :

- **Pathologie avant travail** :

- **Pathologie pendant le travail** :

○ **Accouchement par césarienne**

- Indication :

- Technique :

- Fils / Agrafes

• **Commentaires** :

Signature Gynécologue-Obstétricien et Sage Femme :



II. Autorisations de la patiente

1. Autorisations

Je, soussignée, autorise :

- L'anesthésie locorégionale et/ou générale
- Toute intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaire au bon déroulement de mon Interruption Médicale de Grossesse
- Les soins et traitements adéquats
- Les soins et traitements du Gynécologue-Obstétricien de garde en cas de nécessité

Nom de naissance et signature de la patiente
ou de son représentant



Je, soussignée

autorise

n'autorise pas

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

Signature de la patiente ou de son représentant



2. Cas particuliers de la patiente mineure ou de la patiente majeure 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 la patiente mineure ou majeure sous tutelle (nom de naissance et prénom de la patiente à préciser)

.....

née le à

autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à anesthésier cette patiente (ou majeure sous tutelle),
et le Gynécologue-Obstétricien (nom et prénom du médecin à préciser)

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

Signature : père et mère ou tuteur⁽¹⁾ de la patiente
ou majeure 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 de la patiente hospitalisée

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 la sage-femme du service l'ensemble des médicaments en ma possession, à ne me faire amener aucun médicament de l'extérieur durant mon séjour.

Je m'engage à ne pas apporter d'objets de valeur (argent, bijoux, chèquiers, cartes bancaires...) et dégage la responsabilité de l'Etablissement 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 régler les frais, non pris en charge par l'Organisme de Sécurité Sociale ou par la Mutuelle, correspondant :

- Au montant du ticket modérateur (si pas de prise en charge à 100%) : avant le 1^{er} jour du 6^{ème} mois
- A la totalité des frais d'hospitalisation si je ne bénéficie d'aucune prise en charge

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

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

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 de naissance et signature de la patiente
ou de son représentant**
(précédée de la mention « lu et approuvé »)



A COMPLETER PAR LA PATIENTE



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

Nom, prénom :	Nom, prénom :
Lien avec la patiente :	Lien avec la patiente :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :

2. Transmissions des informations de santé à des proches

J'autorise Je n'autorise pas

L'Etablissement 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 la patiente :	Lien avec la patiente :
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 hospitalisée mineure, 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 de naissance, prénom et signature de la patiente hospitalisée mineure



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 de naissance et signature de la patiente ou de son représentant



A COMPLETER PAR LA PATIENTE



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, soussignée

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 informée 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 de la patiente ou de son représentant

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

souhaite ne pas désigner une personne de confiance : je reconnais avoir été informée 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.

Signature de la patiente ou de son représentant

5. Demande de non divulgation de présence

Vous avez la possibilité de conserver l'anonymat durant votre séjour au sein de notre Etablissement, 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, soussignée

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

Signature de la patiente ou de son représentant

V. La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

La prévention des infections nosocomiales en chirurgie commence au domicile ou à l'Hôpital la veille au soir de l'opération par des mesures du domaine de l'hygiène de base que sont la douche ou la toilette corporelle, le shampooing et le brossage des dents... et se poursuivra tout au long de l'hospitalisation avec une attention particulière le jour de l'opération.

Le Saviez-vous ?



Le corps humain contient 10 fois plus de germes que de cellules... Même saine, la peau et les muqueuses (nez, bouches, tube digestif, parties génitales...) sont largement colonisées par des microorganismes⁽¹⁾ plus connus sous le nom de microbes.

La préparation de la peau avant une opération chirurgicale est essentielle pour prévenir le risque d'infection nosocomiale du site opératoire puisqu'elle permet de nettoyer la peau et d'abaisser le nombre de microorganismes⁽¹⁾ (microbes) présents sur la peau afin qu'ils ne pénètrent pas dans le corps par l'incision chirurgicale.

Cette préparation s'effectue en plusieurs étapes, la douche préopératoire en est la première.

Les experts hygiénistes⁽²⁾ recommandent deux douches, une la veille de l'opération (cheveux compris) et une le jour de l'intervention.

La douche peut être effectuée avec le savon ou le gel douche de la maison, la veille de l'intervention. Le shampooing peut être réalisé avec un shampooing ordinaire.

Le jour de l'intervention vous prendrez une douche 2 heures avant l'intervention.

Cette douche préopératoire sera suivie au niveau du bloc opératoire d'une déterision⁽³⁾ du site opératoire avec un savon antiseptique⁽⁴⁾. Cette déterision permet d'éliminer la flore microbienne transitoire de la peau et de diminuer de manière importante et ponctuelle la flore permanente de la peau.

Microorganisme ⁽¹⁾ = **organisme microscopique** = terme générique utilisé pour définir des particules biologiques (bactéries, virus, champignons, parasites...) capables de se multiplier selon des critères variables de température, d'humidité, de substrats présents.

Experts hygiénistes ⁽²⁾ = regroupement de sociétés savantes et de professionnels de l'hygiène autour de « gestion préopératoire du risque infectieux ». Conférence de consensus sur ce thème - Paris 05 mars 2004.

Déterision ⁽³⁾ = nettoyage de la peau avec un savon antiseptique.

Antiseptique ⁽⁴⁾ = produit ou procédé utilisé pour l'antiseptie dans des conditions définies / **Antiseptie** = opération au résultat momentané permettant, au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus, en fonction des objectifs fixés.

Au domicile comme à l'Hôpital, la douche s'accompagne :

- d'un brossage des dents ou d'un soin de bouche (appareil dentaire)
- de linge de toilette propre : gant propre, serviette d'essuyage propre

Pour rester propre après la douche :

- d'un pyjama ou d'une chemise de nuit propre (la veille au soir de l'opération)
- de sous-vêtements et habits propres (pour se rendre à l'Hôpital)
- d'une chemise d'opéré propre (le jour de l'opération en service de soins)

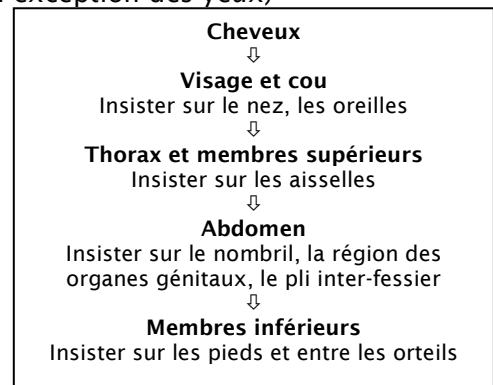
Enfin, la literie doit aussi être propre (draps, taie d'oreiller changés pour l'occasion).

Recommandations pratiques qui rendent la douche préopératoire efficace

- **Patient adulte dépendant** : les proches et le personnel soignant apportent aide et assistance.
- **Enfants** : les proches apportent aide et assistance.
- **Patient autonome** : il procède lui-même à la réalisation de ses douches.

Pour une douche préopératoire efficace, vous devez :

- **ôter le maquillage et le vernis à ongles, les faux ongles** (les ongles doivent être courts et nets).
- retirer vos bijoux, piercing compris.
- vous mouiller l'ensemble du corps, des cheveux jusqu'aux pieds.
- vous savonner à mains nues ou avec un gant propre, de haut en bas (à l'exception des yeux)



- vous rincer abondamment et soigneusement de haut en bas
- renouveler une fois encore l'opération de lavage en insistant sur les mêmes parties du corps
- vous essuyer avec une serviette propre
- vous vêtir avec du linge propre

Attention, le rasage de la zone opératoire avec un rasoir mécanique est fortement déconseillé.

A SIGNER PAR LA PATIENTE



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

Je, soussignée, atteste avoir pris connaissance :

- des informations relatives à la transfusion sanguine et aux médicaments dérivés du sang (page 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)
- des documents à apporter en vue de la consultation pré-anesthésique (page 7)
- des informations relatives à l'anesthésie (pages 12 et 13)
- des informations relatives à la douche préopératoire dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (page 37)

Nom de naissance et signature de la patiente
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).

O B S E R V A T I O N S

O B S E R V A T I O N S