

Livret d'Entrée Patient
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
DIAGNOSTIQUE / INTERVENTIONNELLE
 www.centre-endoscopie.info

Vous devez consulter le « Livret d'Information Patient » avant de compléter et signer (si besoin avec l'aide de vos proches et/ou de votre Médecin traitant) ce « Livret d'Entrée Patient », élément de votre dossier médical indispensable pour votre entrée.

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

Etiquette patient

Identification du patient

Nom de naissance : Nom d'usage :
 Prénom : Date de naissance :
 Intervention / Acte : Date de l'intervention / Acte :
 Profession :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : Adresse mail :
 Pharmacie habituelle :
 Médecin traitant :
 Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) :

Représentant du patient ou d'un majeur sous tutelle

A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :

Identification du représentant / tuteur⁽¹⁾ du patient :

Nom :
 Prénom :
 Lien avec le patient :
 Tél. :

Signature du représentant ou tuteur du patient

Titulaires 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

A compléter si le patient est mineur, identification des titulaires de l'autorité parentale :

<input type="checkbox"/> Père de l'enfant ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Mère de l'enfant ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Tuteur ⁽¹⁾
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Adresse :	Adresse :	Adresse :

Signature

Signature

Signature

Identification des personnes présentes le jour de l'hospitalisation ou au moment de la sortie de l'enfant (hors titulaires de l'autorité parentale)

Nom, prénom ⁽³⁾ :	Nom, prénom ⁽³⁾ :
.....
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
.....
Tél. :	Tél. :

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⁾ 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).

⁽³⁾ : une pièce d'identité de l'accompagnant doit être obligatoirement présentée à l'infirmier(e) du service, une copie sera conservée dans le dossier patient.

Transmissions des informations 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 de mon choix :

.....

.....

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Tél. :

J'autorise **Je n'autorise pas** l'établissement 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. :

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 de naissance, prénom et signature du patient hospitalisé mineur

Directives anticipées

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

Non divulgation de présence

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

Personnes à contacter

J'autorise l'établissement 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. :

Désignation de la personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse : Tél. :

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

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

Je 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.

CONSENTEMENT ECLAIRÉ CHIRURGICAL

Informations données par le Praticien concernant l'intervention chirurgicale envisagée

- Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36), je vous confirme que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices et des risques inhérents à toute intervention chirurgicale* s'effectuant sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- J'atteste que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'intervention suivante :

- Coloscopie Gastroskopie Cathétérisme bilio-pancréatique Echo-endoscopie

*Si l'intervention chirurgicale vous est proposée en chirurgie ambulatoire, acceptez-vous ce type de prise en charge, après avoir été informé des modalités particulières d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ? oui non

- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser librement toutes les questions concernant cette intervention ainsi que les complications possibles et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité dans la durée de l'intervention, dans les variations anatomiques, dans les cicatrifications ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.

- J'ai également été informé qu'au cours de l'intervention et des soins suivants cette intervention, l'anesthésiste et vous-même pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

- Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus **d'un délai minimum à respecter entre la consultation et l'intervention prévue** et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations pré et post-opératoire et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en post-opératoire.

- J'atteste avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le « Livret d'Information Patient ».

Je, soussigné(e),

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cette intervention ;
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire ;
- Certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité.
- Autorise le Dr à pratiquer l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à, le

PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom et signature : père et mère⁽¹⁾ ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)

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

CONSENTEMENT ECLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

Informations données par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée (A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)

Conformément à l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique, j'ai été clairement informé(e) par le « Livret d'Information Patient » des avantages et des risques des différentes modalités d'anesthésie. Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr, j'ai été informé(e) plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour mon intervention mentionnée ci-dessus, ainsi que sur les risques et les complications possibles liés à cette anesthésie.

J'ai été informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si ma dentition est fragile.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutée en toute sécurité.

J'autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à pratiquer cette anesthésie, à effectuer tout acte et tout examen qu'il estimera nécessaire pendant et après l'intervention, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

Fait à, le

PATIENT MINEUR OU MAJEUR SOUS TUTELLE

Nom et signature : père et mère⁽¹⁾ ou tuteur de l'enfant ou du majeur sous tutelle (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)

Nom de naissance et signature du patient 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 différer votre anesthésie.

(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).

EVALUATION DES RISQUES LIES AUX ATNC (AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS)

Instruction DGS/RI3/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005

(A compléter avec le praticien lors de la consultation)

Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), 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 réponse oui à la question n°4, 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.**

**Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant**

**Partie réservée au praticien
sur le risque ATNC :**

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

QUESTIONNAIRE ANESTHESIE

**Important : ce questionnaire prépare la consultation d'anesthésie
Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant**

Poids : Taille : Variation de poids récente : non oui
Si oui : Prise de poids : kg depuis : / Perte de poids : kg depuis :

Traitements en cours **Aucun traitement en cours**

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter **vos ordonnances et vos médicaments le jour de votre entrée.**

Noms de vos médicaments et dosage	Forme (comprimés, injectables...)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ? oui non , si oui, précisez :

.....
.....

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI NON , si oui précisez :

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) :	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticairé <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---	---

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI NON , si oui précisez :

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotomie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Oedème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
--	--	---

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPERÉ(E) ? OUI NON

Si oui, précisez :

AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÈDENTES ANESTHÉSIES ? OUI NON

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<p>CARDIAQUES</p> <p>Hypertension artérielle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Infarctus, angine de poitrine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, êtes-vous porteur de stent ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Varices, phlébite, embolie pulmonaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Artérite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles du rythme : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui : <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :</p> <p>RESPIRATOIRES</p> <p>Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bronchite chronique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Insuffisance respiratoire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Apnées du sommeil oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>DIGESTIFS</p> <p>Brûlures d'estomac oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Ulcère gastrique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Hernie hiatale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles du transit oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui : <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée</p> <p>Autres, précisez :</p> <p>URINAIRES, RÉNAUX</p> <p>Coliques néphrétiques oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Insuffisance rénale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dialyse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Problème de prostate oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>GYNECOLOGIQUES</p> <p>Nombre de grossesses :</p> <p>Nombre d'accouchements :</p> <p>Avez-vous eu une péridurale pour votre ou vos accouchement(s) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Date des dernières règles :</p> <p>Etes-vous enceinte ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>DIVERS</p> <p>Maladie de Willebrand oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Hémophilie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Glaucome oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Hépatite B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Hépatite C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>HIV oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>NEUROLOGIQUES</p> <p>Migraines oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Accident ischémique transitoire (AIT) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, séquelles ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si séquelles, précisez :</p> <p>Accident vasculaire cérébral (AVC) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, séquelles ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si séquelles, précisez :</p> <p>Syndrome de dépression oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>ENDOCRINIENS</p> <p>Diabète oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, traité par : <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Comprimés <input type="checkbox"/> Insuline</p> <p>Problème de thyroïde oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Cholestérol oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Triglycérides oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, précisez :</p> <p>TOXICOLOGIQUES</p> <p>Tabac oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, combien :</p> <p> Depuis quand ?</p> <p> Avez-vous arrêté ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, depuis quand ?</p> <p>Cigarette électronique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Alcool, vin... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, précisez :</p> <p> Depuis quand ?</p> <p> Avez-vous arrêté ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, depuis quand ?</p> <p>Cannabis oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, précisez :</p> <p>Autres stupéfiants oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, précisez :</p> <p>AUTRES MALADIES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, précisez :</p>
--	--

AVEZ-VOUS ÉTÉ TRANSFUSÉ(E) ? OUI NON

Si oui, à quelle(s) date(s) ?

PORTEZ-VOUS DES PROTHESES ? OUI NON

Lentilles oui non
Prothèse auditive oui non
Autres oui non , si oui, lesquelles ?

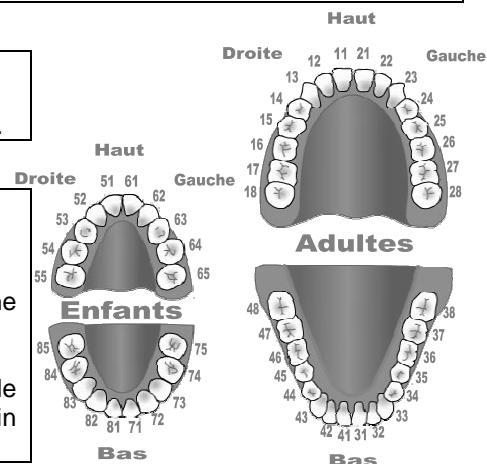
QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui non
Si oui, précisez : 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 ? (entourer la ou les dents concernées sur le schéma ci-contre)

Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en informer le Médecin Anesthésiste.



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

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

Pour une prise en charge en ambulatoire :

Aurez-vous un accompagnant à la sortie de l'établissement et au domicile la nuit qui suit l'intervention ? oui non
Au domicile avez-vous accès à un téléphone fixe ou portable ? oui non

**Je, soussigné(e),
atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité
des informations mentionnées dans la
rubrique « Questionnaire Anesthésie »
pages 4 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient
ou de son représentant**

.....

Je, soussigné(e), atteste :

- de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement pour la consultation pré-anesthésique et qui sera archivé dans mon dossier médical
- avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver :

Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Directives anticipées
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à contacter
- Consentements éclairés Chirurgical et Anesthésique
- Informations générales sur l'anesthésie
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Traitement médicamenteux

Informations complémentaires en vue de votre intervention :

- Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Informations concernant l'interdiction de fumer
- Cas particulier de l'allergie au Latex
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité
- Consignes générales avant toute intervention chirurgicale
- La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

Informations médicales avant réalisation d'une endoscopie digestive

Engagement du patient hospitalisé

Fait à
Le

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

.....

Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).