

Livret d'Entrée Patiente
Assistance Médicale à la Procréation
AMP

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET
SIGNÉ POUR LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE. DANS
LE CAS CONTRAIRE, LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE
NE POURRA PAS AVOIR LIEU.**

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

Étiquette patiente

**Identification
de la patiente**

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

J'autorise Je n'autorise pas l'établissement à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance).

**Représentant
de la patiente**

A compléter si la patiente est dans l'impossibilité de renseigner ce livret :

Identification du représentant de la patiente :

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

**Signature du représentant
de la patiente**

**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 la patiente : Lien avec la patiente :
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.

mon ESPACE SANTÉ Pour information, si vous en possédez un, l'établissement peut déposer dans votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**, visible sur le site internet « Mon Espace Santé », les documents relatifs à votre hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, ordonnance de sortie...).

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition directement sur ce site ou bien par téléphone au 3422, ou faire valoir votre droit de refus d'alimentation du DMP pour motif légitime au cours de votre séjour auprès du personnel de notre établissement.

**Soins réalisés
par des
étudiants**

J'autorise Je n'autorise pas un **étudiant** (infirmier(e) ou aide-soignant(e))
encadré par des professionnels de chaque discipline, à réaliser des soins au
cours de mon hospitalisation.

Signature de la patiente

**Non
divulgaration de
présence**

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

**Personnes à
prévenir**

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

Nom, prénom : Nom, prénom :

Lien avec la patiente : Lien avec la patiente :

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 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.

**Directives
anticipées**

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? OUI NON

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PONCTION D'OVOCYTES

Informations données par le Praticien concernant l'acte chirurgical envisagé

- 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 informée des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'acte chirurgical suivant :

PONCTION D'OVOCYTES POUR L'ENSEMBLE DU PARCOURS AMP

L'acte vous est proposé 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 cet acte 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'acte, dans les variations anatomiques ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.
- J'ai également été informée qu'au cours de l'acte 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 Patiente ».

Je, soussignée,

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patiente qui nous lie lors de cet acte
- 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'acte prévu dans les conditions ci-dessus

Fait à, le

Signature du Praticien
responsable de la patiente

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

ÉVALUATION DES RISQUES LIÉS 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 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 réponse oui à la question n°4, 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.

Nom de naissance et signature de la patiente 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 de la patiente

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ 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 informée plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour mon acte mentionnée ci-dessus, ainsi que sur les risques et les complications possibles liés à cette anesthésie.

J'ai été informée que le risque dentaire dans le cadre d'une 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'acte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

Fait à, le

Signature de l'Anesthésiste Réanimateur
responsable de la patiente

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 différer votre anesthésie.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

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 dans leurs boîtes 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 :

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

QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE (disponible également en ligne)
Important : ce questionnaire est indispensable à la consultation pré-anesthésique.
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 :

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"/> Urticaire <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 / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie | <input type="checkbox"/> Œdème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
|--|---|---|

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉE ? OUI NON

Si oui, précisez :

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

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

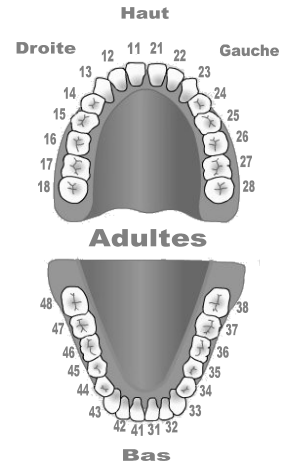
STATUT TRANSFUSIONNEL

Avez-vous été transfusée ? oui non , si oui, à quelle(s) date(s) ?

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 (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui non , si non, motif :

PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? 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, soussignée,
 atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des
 informations mentionnées dans la rubrique
 « Questionnaire Anesthésie » pages 5 à 6**

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



Je soussignée :

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

Consignes générales avant tout acte chirurgical :

- L'anesthésie
- Le jeûne
- Consignes spécifiques
- Cas particulier de l'allergie au latex
- La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales

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

- Identification de la patiente
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir
- Directives anticipées
- 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 acte chirurgical :

- 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
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

Engagement de la patiente hospitalisée

- **En fonction de la situation épidémique, certaines mesures pourront être demandées** (port du masque, isolement...) selon les recommandations internes à l'établissement. Je reconnais en être informée et en accepte le principe.

Fait à

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

Le

