

ETIQUETTE  
PATIENT

## CARNET DE SOINS

# SERVICES CONSULTATIONS EXTERNES, ANESTHESIE SOINS CRITIQUES & CHIRURGIE EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

**Dr MARTINEZ, Chef de services**

*Chirurgie – Bloc opératoire – USC – Consultations externes*

- Chirurgie ambulatoire
- Hospitalisation complète



**RDV CONSULTATION D'ANESTHESIE :**

Le ...../...../..... à .....h.....



**JOUR DE L'INTERVENTION :**


Le ...../...../..... à .....h.....



**JEUNE PREOPERATOIRE :**


Jeûne total à partir de .....

**Secrétariat**

 04 79 41 79 72

*Du lundi au vendredi 9h à 12h30 et de 13h45 à 17h00*

**Service de chirurgie**

 04 79 41 79 16 ou 04 79 41 79 35



# BIENVENUE AU CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-SAINT-MAURICE

Madame, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) pour **un acte opératoire, sous anesthésie générale, locorégionale ou locale** au sein du service de chirurgie de notre établissement.

Deux types de parcours de soins, vous sont proposés :

- **En chirurgie ambulatoire**, cela signifie que vous serez hospitalisé(e) une journée ou une demi-journée et vous serez de retour à votre domicile le jour même de votre admission.
- **En hospitalisation complète**, cela signifie que vous serez hospitalisé(e) plusieurs jours pour une surveillance plus complète suite à votre opération.

En ce qui concerne l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire, plusieurs conditions incontournables pour votre sécurité doivent être réunies :

- Être accompagné(e) pour la sortie,
- Bénéficier de la présence d'un proche à domicile, jusqu'au lendemain de l'intervention.

Merci de respecter ces conditions.

Quelques conseils à suivre avant votre hospitalisation :

- **Bien lire le carnet de soins** les consignes qui vous sont données.
- **Remplir le carnet de soins ainsi que les formulaires situés à la fin du livret.**
- **Ecrire les questions** à nous poser le jour de l'hospitalisation
- **Noter le téléphone de la personne** qui vient vous chercher et le nom de votre **médecin traitant**
- **Préparer des glaçons** dans votre congélateur si un refroidissement de la zone opératoire vous est conseillé (diminue la douleur)

# SOMMAIRE

## Votre carnet de soins

4

- › Informations à respecter
- › Formalités administratives
- › Informations pratiques

## Préparer votre séjour

5

- › J-8 avant l'intervention et la consultation d'anesthésie
- › Le jour de la consultation d'anesthésie
- › J-1, la veille de l'intervention
- › La douche préopératoire

## Votre séjour

7

- › Prise en charge dans le service
- › Départ vers le bloc opératoire
- › Mon retour en chambre

## Votre enfant va être opéré

8

- › Préparer son séjour à l'hôpital
- › Le jour de l'intervention
- › Préparer la sortie de votre enfant

## Les soins et traitements

9

- › L'anesthésie, définition
- › Les différents types d'anesthésie
- › La prise en charge de la douleur

## Votre sortie

14

- › Recommandations pour la sortie
- › Questionnaire de satisfaction

## Documents à remplir

15

- › Formulaire de consentement éclairé pour une intervention chirurgicale
- › Formulaire de consentement éclairé d'anesthésie
- › Formulaire de désignation d'une personne de confiance
- › Autorisation d'opérer pour mineur ou adulte sous tutelle ou curatelle
- › Résumé de mon état de santé avant ma consultation d'anesthésie
- › Formulaire de directives anticipées
- › Demande de chambre seule



# VOTRE CARNET DE SOINS

Ce carnet de soins doit être lu attentivement, complété, signé puis rapporté à la consultation d'anesthésie et le jour de l'intervention.

**NE PAS FUMER,  
NE PAS VAPOTER**



**Boire des liquides clairs**  
(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

**jusqu'à 2h**  
avant une chirurgie programmée

Mâcher du chewing-gum  
ou sucer un bonbon



**juste avant**  
une intervention

## Formalités administratives

Afin de faciliter vos formalités administratives, vous pouvez dès à présent vous présenter au bureau des admissions avec les documents suivants :

- › Votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, passeport, ...)
- › Votre carte vitale à jour ou CEAM
- › Votre carte mutuelle ou attestation CMU-C
- › La feuille d'accident du travail le cas échéant

En l'absence de ces documents, vous devrez vous acquitter immédiatement des frais engagés, selon l'article R6145-4 du CSP.

## INFORMATIONS PRATIQUES

**Uniquement dans le cas d'une hospitalisation complète**, vous pouvez bénéficier d'une chambre seule. **Si vous souhaitez bénéficier d'une chambre seule :**

Nous vous invitons à transmettre au bureau de l'accueil patientèle le formulaire de demande de chambre seule dûment complété (page détachable en fin de livret) :

- Sur place
- Par e-mail : [bde@ch-bsm.fr](mailto:bde@ch-bsm.fr)

*NB : nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée.*

# PREPARER VOTRE SEJOUR

## J-8 : AVANT L'INTERVENTION ET LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

- Je réalise les examens complémentaires prescrits : radio, prise de sang, etc...
- Je prends le temps de lire et remplir tous les documents fournis à la fin du carnet de soins.
- J'organise mon retour en prévoyant une personne pour m'accompagner lors de la sortie.

## LE JOUR DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE

- Je ramène le carnet de soins avec tous les documents cités dans la feuille de programmation remplis et signés.
- Je vérifie que j'ai bien ajouté les résultats d'examens.
- Je pense à prendre l'ordonnance de mes traitements en cours.

## J-1 : LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Vous serez contacté par téléphone pour vous préciser l'heure de votre arrivée dans le service, les dernières consignes et répondre à vos questions.

Afin de mieux préparer mon intervention :

- Je retire tous mes bijoux et/ou piercings, y compris l'alliance ;
- Je me démaquille et j'enlève mon vernis à ongles ;
- Je coupe et nettoie les ongles des pieds et des mains,
- Je prends une douche (voir page suivante) avec un produit antiseptique prescrit par le chirurgien ;
- Je me sèche avec une serviette propre et mets des vêtements propres.
- Je me couche dans un lit propre

**Il est impératif de respecter les rendez-vous donnés et les consignes qui vous seront notifiées.**

### Contacts utiles



**Pour tout changement de rendez-vous : 04 79 41 79 72**

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h45 à 17h.



**Appelez le service des urgences au : 04 79 41 79 79**

Le service des urgences est ouvert 24h/24.

**Pour toute question relative à l'intervention et les suites opératoires,**

Contactez les infirmières du service de chirurgie au 04 79 41 79 16 ou 04 79 41 79 35

## La douche préopératoire



Il faut impérativement retirer vos bijoux et en cas de difficulté, ils seront coupés/retirés par le personnel. **Ne pas vous raser, ni vous enlever les poils ou les cheveux de la zone à opérer.**

1. Mouiller l'ensemble du corps
2. Se laver les cheveux avec votre shampooing personnel
3. Se laver le corps avec le savon antiseptique, en respectant l'ordre suivant (si utilisation d'un gant de toilette, celui-ci doit être propre) :
  - Visage
  - Cou
  - Thorax
  - Membres
  - Aisselles
  - Pieds
  - Et terminer par la région génito-anale

**Insister sur les points suivants :** ●  
*cou, oreilles, aisselles, ongles, mains et pieds, région inguinale, ombilic, région génito-anale*

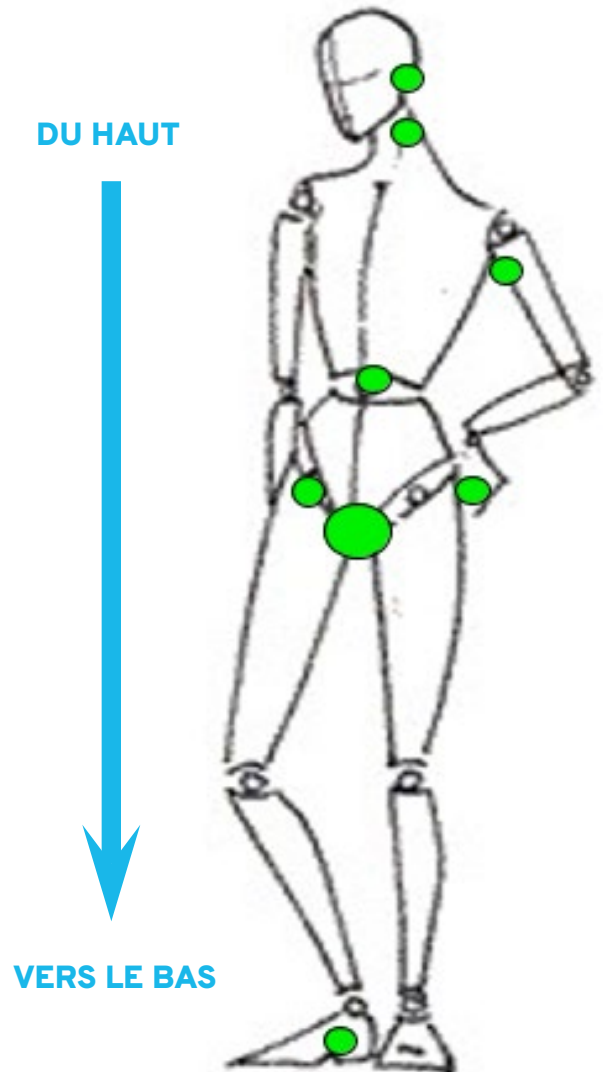
4. Rincer abondamment
5. Se sécher avec des serviettes de toilette propres du jour
6. Remettre ensuite des vêtements propres du jour
7. Se brosser les dents
8. Se nettoyer les oreilles
9. Se coucher dans des draps propres

2

C'EST LE NOMBRE DE DOUCHES QUE VOUS DEVEZ PRENDRE AVANT DE VOUS FAIRE OPERER

- + 1 **douche chez vous la veille** de votre opération avec le savon antiseptique qui vous a été prescrit
- + 1 **douche chez vous le jour** de votre opération avec le savon antiseptique qui vous a été prescrit

### LA REALISATION DE LA DOUCHE



**Nous vous demandons de bien respecter les recommandations qui vous sont données dans ce document.**

## La prise en charge dans le service

- › Le personnel soignant du service m'accueille et m'installe dans mon lit.
- › Je vérifie que la bonne identité (nom, prénom, date de naissance) soit notée sur le bracelet d'identification.
- › Je revêts la tenue spécifique du bloc.
- › J'enlève mes prothèses dentaires, mes prothèses auditives, mes lunettes ou lentilles de contact.
- › Je range toutes mes affaires dans le placard.

## Départ vers le bloc opératoire

- › Un brancardier m'accompagne au bloc où je vais être pris (e) en charge par une infirmière.
- › Après l'intervention, je passe en salle de réveil pour une surveillance post-interventionnelle et pour une prise en charge de toute douleur éventuelle.
- › Le brancardier me ramène ensuite dans ma chambre.

## Mon retour en chambre

- › Je suis pris en charge par l'équipe soignante du service qui m'explique toutes les consignes post-opératoires.
- › En fonction du type d'anesthésie et de l'intervention une collation me sera servie plus ou moins tôt.
- › La personne accompagnante peut rester avec moi dans la chambre (une seule personne à la fois).

## Pour une opération réalisée en chirurgie avec hospitalisation complète

- › Apporter tout le nécessaire de toilette dont vous avez besoin ainsi que des serviettes et gants de toilette (pour le séjour d'hospitalisation)
- › Vous serez opéré(e) dans la journée en fonction du déroulement du programme opératoire et des éventuelles urgences du jour.
- › Il est impératif de respecter les rendez-vous donnés et les consignes qui vous seront notifiées. Le cas échéant, l'opération pourrait être reportée.

**Pour des raisons médicales, les visites seront autorisées selon les consignes du service.**

# VOTRE ENFANT VA ETRE HOSPITALISE

## Préparer son séjour à l'hôpital

Afin de ne pas déstabiliser votre enfant le jour de son intervention, il est important :

- **De lui expliquer ce qu'il va se passer** (visitez le site de l'association Sparadrap, où vous trouverez un guide « Chirurgie/Hôpital », et autres documents pour les enfants.  
<https://www.sparadrap.org/parents/documents-pour-les-familles/pour-les-enfants>
- D'apporter pour la journée les biberons préparés (sans chocolat), les couches, 2 pyjamas, 2 paires de chaussettes et 1 paire de chaussons
- De venir avec son jouet ou nounours préféré (doudou propre) et/ou sa tétine, selon ses habitudes.
- De rester dans le service le jour de l'intervention pour être auprès de lui le plus rapidement possible dès son passage en chambre d'ambulatoire.



### **A NOTER : 1 seule personne sera autorisée à entrer**

Il est interdit d'apporter des friandises (bonbons, chocolats, gâteaux, etc...) aux enfants le jour de leur intervention chirurgicale (risques de vomissements).

## Le jour de l'intervention



L'hôpital et le bloc opératoire en particulier est un endroit anxiogène. **L'association des P'tits Doudous de Tarentaise** a pour objectif d'améliorer le vécu des enfants opérés en diminuant le stress lié au passage au bloc opératoire. Un doudou est offert en salle de réveil pour accompagner l'enfant jusque dans sa chambre et des gommettes sont proposées pour décorer le masque d'anesthésie.

## Préparer la sortie de votre enfant

Lorsque votre enfant en bas âge est autorisé à sortir, vous **devez être deux adultes** pour l'accompagner et le ramener à votre domicile : un conducteur et une personne accompagnante pour surveiller l'enfant et réagir rapidement en cas de problème.

# LES SOINS & TRAITEMENTS

## L'anesthésie, qu'est-ce que c'est ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : **l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale improprement appelée « anesthésie locale ».**

## Les différents types d'anesthésie

**L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil dont la profondeur peut être adaptée, produit par l'injection de médicaments et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques.

**L'anesthésie locorégionale** permet de n'endormir que la partie du corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région en injectant à leur proximité un produit anesthésique local.

**La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale** sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

## La consultation d'anesthésie

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent programmé, nécessite **une consultation spécifique** plusieurs jours à l'avance où pourront vous être prescrits des examens et bilans complémentaires.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite pré anesthésique, vous  **serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas.** Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à **exprimer vos préférences**, au cours du dialogue avec le médecin.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Vous rencontrerez à nouveau un médecin anesthésiste lors de votre hospitalisation (visite pré anesthésique).

## Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

**L'anesthésie**, quel que soit son type, se déroule **dans une salle équipée d'un matériel adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.** Ces vérifications techniques s'accompagnent de **la vérification obligatoire de votre identité, de la nature et du côté de votre opération.**

En fin d'intervention, vous  **serez surveillé(e) de manière continue** dans une **salle de surveillance post-interventionnelle** (« salle de réveil »). Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

## Quels sont les risques de l'anesthésie ?

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier ; toutefois, une anesthésie, même conduite avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter.

Les **complications graves de l'anesthésie** (cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses) sont **devenues très rares**. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

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

## Quels sont les inconvénients et risques propres à l'anesthésie générale ?

Tous les symptômes cités sont habituellement passagers et leur persistance doit **vous inciter à les signaler le plus rapidement possible** :

- Il vous sera demandé de **respecter un jeûne et d'arrêter le tabac avant l'anesthésie** ; c'est une sécurité.

Le jeûne permet d'éviter les accidents graves de passage de vomissement dans les poumons. Ces instructions sont donc impératives à respecter.

- Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil.
- Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.
- L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au réveil.
- Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière.
- La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie temporaire d'un bras ou d'une jambe.

Après une anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie. Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

# LES SOINS & TRAITEMENTS

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

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale.

Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax des complications respiratoires sont possibles.

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou sensibilité plus ou moins étendues, temporaires, ou permanentes. Comme pour les anesthésies générales, des nausées, des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

### CE QU'IL FAUT SAVOIR

Les complications graves mais rares liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes mais selon les connaissances actuelles de la science, aucune technique ne paraît statistiquement plus risquée que l'autre.

Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.

**Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut vous présenter les choix qui s'offrent à vous en fonction de votre cas individuel, toujours particulier.**

### Pour la consultation d'anesthésie, il faudra communiquer :

- Vos antécédents médicaux et chirurgicaux
- Vos compte-rendu de consultations spécialisées (cardiologie, pneumologie, etc...)
- Vos allergies
- Vos traitements en cours : **présentez vos ordonnances**
- Vos résultats des derniers bilans sanguins
- Votre carte de groupe sanguin (si vous en possédez une).

### Vous devez remplir, signer et donner à l'entrée dans le service lors de votre arrivée :

- Les formulaires de consentement d'opérer et d'anesthésier ainsi que le questionnaire qui résume votre état de santé (documents détachables en fin de livret)

# LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

## Qu'est-ce que la douleur ?

« La douleur est **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable** associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » *selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)*

## Les différents types de douleur

**La douleur aiguë** : elle a valeur de signal d'alarme, de symptôme aidant au diagnostic. Généralement, elle décroît lorsqu'un traitement est institué.

**La douleur chronique** : une douleur chronique est une douleur qui évolue depuis 3 à 6 mois. Elle est soit permanente, soit intermittente.

## Le droit de ne pas souffrir inutilement

Le soulagement de la douleur est reconnu comme **un droit fondamental du malade** depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le code de la Santé Publique dont l'article L 1110-5 précise : **« toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».**

## Comment évaluer la douleur ?

Aucun examen paramédical ne permet d'objectiver et quantifier la douleur. Il faut donc évaluer son intensité. De nombreuses méthodes existent dont :

- ▶ **L'échelle numérique** : la personne attribue une note de 0 à 10 pour décrire l'intensité de sa douleur.
- ▶ **L'échelle visuelle analogique (EVA)** : la personne positionne un curseur sur un point entre « pas de douleur » et « douleur extrême ». Au verso, la position du curseur correspond à un chiffre situé entre 1 et 100.



# LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

## Comment lutter contre la douleur ?

Il existe différentes approches pour lutter contre la douleur.

### › L'approche médicamenteuse :

L'automédication est hautement déconseillée. Lorsque vous entrez à l'hôpital, vous ne prenez que les traitements qui vous sont proposés par le personnel soignant. A la sortie de l'hôpital, le médecin vous donnera une ordonnance avec des antalgiques. Vous ne prendrez que les médicaments notés sur l'ordonnance.

### › L'approche non médicamenteuse :

La glace, le repositionnement, les méthodes psychocorporelles ou comportementales permettent également de diminuer l'anxiété et le stress, ce qui a pour effet de minorer la perception de la douleur.

Pendant votre hospitalisation, une évaluation de la douleur vous sera proposée très régulièrement. Cette évaluation a toute son importance environ trente minutes après l'administration d'un médicament afin de juger de son efficacité ou d'une éventuelle adaptation du traitement.

## L'organisation de la lutte contre la douleur au sein de l'établissement

Il existe au sein de l'établissement une instance qui a en charge la lutte contre la douleur, il s'agit du **CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur)**.

Il a pour objectif :

- › De mieux organiser la prise en charge de la douleur en coordonnant les actions de soins,
- › D'aider au développement de la formation continue du personnel paramédical,
- › De susciter l'amélioration de la qualité par le traitement et l'évaluation de la douleur.

**Dans chaque service, un référent douleur a été désigné.**



## Autorisation de sortie

Pour une opération réalisée en chirurgie ambulatoire, votre sortie est prévue le jour même **après accord du chirurgien et/ou du médecin anesthésiste-réanimateur.**

## Recommandations pour la sortie

- › **Lors de mon admission**, je demande un bon de transport VSL si besoin.
- › **Quelqu'un doit venir me chercher** (famille, ami,). Le retour doit se faire sans halte sauf éventuellement à la pharmacie.
- › **Je ne dois pas conduire** mon véhicule pendant les 12 premières heures après mon intervention, du fait de l'anesthésie.
- › Je peux boire et manger légèrement selon les recommandations qui me seront faites. **Ne buvez pas d'alcool. Evitez de fumer.**
- › Je prévois d'être **accompagné le reste de la journée et la nuit** qui suit l'intervention.
- › Je ne prends aucune décision importante jusqu'au lendemain (acte notarié, chèque...). Pour la personne accompagnante : sachez que la vigilance de la personne opérée peut être abaissée.
- › Je prends les médicaments prescrits sur l'ordonnance qui me sera remise ainsi que mon traitement habituel.
- › Le lendemain de votre opération en ambulatoire, nous prendrons contact avec vous par téléphone afin de répondre à d'éventuelles questions.

## Evaluer votre satisfaction

Afin d'améliorer nos pratiques et nos prises en charge, nous vous remercions de prendre le temps de remplir **notre questionnaire de satisfaction** (5 minutes), votre avis est important pour l'établissement car nous avons à cœur de garantir et d'améliorer notre qualité et sécurité des soins.





## CONSENTEMENT ECLAIRE / AUTORISATION D'OPERER

Je soussigné(e) (Nom, prénom) : .....

Agissant pour moi-même : .....

Agissant pour mon enfant / le majeur protégé : .....

**Atteste avoir eu un entretien avec le Dr :** .....  
exerçant au Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

**Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie :**  
au cours de laquelle j'ai reçu une information claire, complète et appropriée, sur les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée. Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.

J'accepte la transfusion de sang, si celle-ci est nécessaire, ou l'apport de dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Je m'oppose à la transfusion sanguine qui m'est prescrite, je persiste et je signe, malgré les explications reçues. Je suis conscient(e) que ce refus peut mettre ma santé et, ou ma vie en péril et que l'hôpital fera appel au Procureur de la république pour me transfuser en cas d'urgence et ou de risque vital.

J'ai pu poser toutes les questions jugées utiles et j'ai bien compris les réponses fournies. Enfin, j'ai été informé(e) que ces praticiens sont à ma disposition ou à la disposition de mes proches (personne de confiance désignée, parents ou tuteur légal pour les mineurs ou patients sous tutelle) ou du médecin de mon choix pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

**Après avoir eu connaissance de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai pu, en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.**

*Pour les patients sous tutelle ou curatelle, la signature du tuteur légal est obligatoire.*

*Pour les patients mineurs, la signature des deux parents est obligatoire.*

### AUTORISATION D'OPERER

Intitulé de l'intervention : .....

Date opératoire : ...../...../.....

Patient (ou tuteur légal) :

--

Pour un patient mineur :

--	--

**Parents divorcés :** signature obligatoire des deux parents. En cas de destitution de l'autorité parentale pour l'un ou l'autre des parents, la copie du jugement qui s'y réfère est indispensable.

**En absence d'autorisation dûment complétée, l'intervention chirurgicale est annulée.**



## AUTORISATION DE SOINS : PATIENT MINEUR

Date prévue des soins : .... / .... / .....

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux patients, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (*article R1112-35 du Code de la santé publique*).

Nom du patient : .....

Prénom(s) du patient : .....

Né(e) le : .....

J'autorise le personnel médical et paramédical du CH de Bourg Saint Maurice à pratiquer tout acte médical ainsi que les soins infirmiers nécessités par l'état de santé de mon enfant mineur au cours de sa prise en charge.

---

Père    Mère   ou    Représentant Légal

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Signature :

---

Père    Mère   ou    Représentant Légal

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Signature :

---

Pièces à fournir : Carte d'identité d'un deux parents, titulaires de l'autorité parentale



## RESUME DE MON ETAT DE SANTE AVANT MA CONSULTATION D'ANESTHESIE

**Je pense être allergique à** (médicaments, aliments...) :

.....  
.....

**Je prends actuellement ces médicaments** (nom, dosage, fréquence de prise) :

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

**Je suis / j'ai été suivi(e) par un spécialiste médical** (type de spécialiste, nom de la maladie ou du problème, type de traitement proposé, année de la dernière rencontre avec le spécialiste) :

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

**Je suis/ j'ai été hospitalisé(e) pour un problème médical** (noter l'année, le motif, le service d'hospitalisation et la durée hospitalisation) :

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

**J'ai déjà été opéré(e)** (noter le type d'opération, le type d'anesthésie, s'il y a eu des complications de l'opération, de l'anesthésie)

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

**Ma famille est sujette à une maladie :**

- Thrombose (phlébite, embolie pulmonaire)
- Hémophilie / maladie hémorragique
- Myopathie / maladie musculaire

**J'ai lu les informations du document  
et je souhaiterais poser les questions suivantes :**

- Concernant la prise en charge de la douleur :

.....

- Concernant la prise en charge des complications de la chirurgie :

.....

- Autre question :

.....

- J'ai un mauvais souvenir d'une anesthésie et j'aimerais en parler

**→ Je mets mes ordonnances et comptes rendus dans mon dossier**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

Nom du patient : .....

Prénom(s) du patient : .....

Né(e) le : .....

Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie avec le Dr ..... le .....

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et risques de l'anesthésie (locale, locorégionale, péridurale, rachianesthésie, générale) et consent à en bénéficier.

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir compris les réponses qui m'ont été fournies concernant l'anesthésie envisagée.

J'accepte la technique d'anesthésie qui m'a été proposée ainsi que les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.

J'accepte la transfusion de sang, si celle-ci est nécessaire, ou l'apport de dérivés sanguins jugés indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Je m'oppose à la transfusion sanguine qui m'est prescrite, je persiste et je signe, malgré les explications reçues. Je suis conscient que ce refus peut mettre ma santé et/ou ma vie en péril et que l'hôpital fera appel au Procureur de la République pour me transfuser en cas d'urgence ou de risque vital.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'anesthésie dans les conditions ci-dessus.

**La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » :**

À ....., le ...../...../.....

Patient (ou tuteur légal) :

--

Pour un patient mineur :

--	--

Pour les mineurs, la signature du père et de la mère sont obligatoires.

Si un des parents est déchu de l'autorité parentale, le jugement doit être fourni.



## FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Art L1111-6 du Code de la Santé Publique)

### Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Hospitalisé(e) dans le service de : .....

### Désigne Mr, Mme,

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Lien avec le patient : .....

### Comme ma personne de confiance pour m'assister en cas de besoin :

- Pour la durée de mon hospitalisation dans le service : .....
- Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement.

Mr, Mme,

.....

- ▶ **Pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins.**

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de joindre la personne de confiance, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- ▶ **J'ai bien noté :**

- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes choix,
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais communiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance,
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de son rôle éventuel et de m'assurer de son accord,
- Que je pourrai révoquer cette désignation à tout moment et par tous moyens.

#### **Avertissement**

Pour que cette désignation soit prise en compte par l'établissement, vous devez impérativement remettre ce formulaire au médecin du service ou à son secrétariat.

Vous veillerez à mettre à jour les coordonnées de la personne de confiance désignée lors de chacune de vos hospitalisations en indiquant les éventuelles modifications au médecin du service.

Fait à .....

Le .....

**Signature du patient :**

**Signature de la personne de confiance :**

## MES DIRECTIVES ANTICIPEES

**Je soussigné(e)** (nom, prénom) : .....

Né(e) le ...../...../..... à .....

**énonce mes directives anticipées pour le cas où je serai un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :**

**Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre :**

► **RESPIRATION ARTIFICIELLE**

*(Une machine qui remplace ou aide ma respiration)*

Intubation / Trachéotomie

oui  non  ne sais pas

Ventilation par masque

oui  non  ne sais pas

► **REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE**

*(En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)*

oui  non  ne sais pas

► **ALIMENTATION ARTIFICIELLE**

*(Une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)*

oui  non  ne sais pas

► **HYDRATATION ARTIFICIELLE**

Par une sonde dans le tube digestif

oui  non  ne sais pas

Par perfusion

oui  non  ne sais pas

► **REIN ARTIFICIEL**

*(Une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)*

oui  non  ne sais pas

► **TRANSFERT EN REANIMATION**

*(Si mon état le requiert)*

oui  non  ne sais pas

► **TRANSFUSION SANGUINE**

oui  non  ne sais pas

► **INTERVENTION CHIRURGICALE**

oui  non  ne sais pas

► **RADIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE**

oui  non  ne sais pas

► **CHIMIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE**

oui  non  ne sais pas

► **MEDICAMENTS VISANT A TENTER DE PROLONGER MA VIE**

oui  non  ne sais pas

► **EXAMEN DE DIAGNOSTIC LOURD ET / OU DOULOUREUX**

oui  non  ne sais pas

**Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques) même si cela a pour effet d'abrégé ma vie :**

oui  non  ne sais pas

**Autres souhaits en texte libre :**

.....

.....

.....

Fait à : .....

Signature :

Le : ..... / ..... / .....

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

**1<sup>er</sup> témoin**

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date : .....

**2<sup>ème</sup> témoin**

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date : .....

**CONSERVATION**

Je confie mes directives anticipées à .....

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à : ..... **Signature :**

Le : ..... / ..... / .....

**NB : Valable 3 ans**

**RENOUVELLEMENT  
A LA FIN DES 3 ANS**

Document annulé le .....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

**Signature :**

**MODIFICATION AVANT LA FIN DES 3 ANS**

Document confirmé le .....

**Modifications :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

**Signature :**

**ANNULATION  
AVANT LA FIN DES 3 ANS**

Document annulé le .....

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

**Signature :**

## DEMANDE DE CHAMBRE SEULE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (*razer la mention inutile*)

NOM :

.....

Prénoms :

.....

Date de naissance :

.....

Souhaite bénéficier d'une chambre particulière au tarif de 55€ par jour.

Je m'engage à régler ces frais si ceux-ci ne sont pas couverts par mon organisme complémentaire.

Fait à .....

Le .....

**Signature :**