

VOTRE DATE D'ENTRÉE à h Pour le Docteur

PERSONNE HOSPITALISÉ(E)

Sexe : M F

NOM : Prénom(s) :

NOM de jeune fille : Né(e) le :

Adresse :

Téléphone Domicile : Téléphone Portable : E-mail :

- Célibataire Marié(e) Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)
- Sans enfant(s) Avec enfant(s) dont à charge
- Sans profession Salarié Artisan Demandeur d'emploi
- Retraité(e) Autre :

Accident de travail : Oui Non (Si oui joindre le volet spécifique complété par votre employeur)

Date de l'accident :

ASSURÉ(E) SOCIAL(E)

NOM : Prénom(s) :

NOM de jeune fille : Né(e) le :

Adresse :

Nom et adresse de l'Organisme de Sécurité Sociale : N° Sécurité Sociale / / / / / / / / / / / / / / / /
(Photocopie de l'attestation)

Nom et adresse de la Mutuelle Complémentaire :
(Photocopie de la carte)

(Prise en charge à nous faire parvenir le plus rapidement possible et avant l'hospitalisation)

PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

NOM

Prénom

Lien de parenté

Téléphone

Je souhaite que ma présence dans l'établissement
ne soit pas divulguée à :

Le Signature :

6,50 € pour 24h (payable d'avance)



Télévision

(Chèque de caution de 50 €)

beIN
SPORTS

CANAL+

TNT
CHRONIC GRATUITES

2 chaînes BeIn Sports
4 chaînes Cinéma
6 chaînes Thématiques
24 chaînes TNT

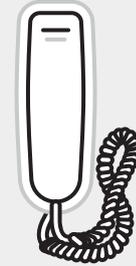
-

Films récents
(moins de 4 mois)

-

Wifi

2 € d'ouverture + consommation



Téléphone

(Chèque de caution de 20 €)

55 € / jour



Chambre Ambulatoire

75 € / jour



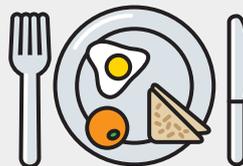
Chambre Hospitalisation

20 € / jour



Lit accompagnant

8 €



Repas accompagnant

5 € le séjour



Coffre

(pas de coffre dans le
service Ambulatoire, sinon à
disposition service Accueil)

Date de la consultation
NOM **Prénom(s)**
Âge **Poids** **Taille** **Tension habituelle**

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

CARDIO-VASCULAIRE

	OUI	NON
Avez-vous un souffle, des douleurs dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, les douleurs apparaissent : <input type="checkbox"/> à l'effort <input type="checkbox"/> au repos		
Nombre de crises par mois : Date de la dernière crise :		
Avez-vous fait un infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, il y a combien de temps ?		
Avez-vous fait une syncope ? Une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'hypertension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une mauvaise circulation veineuse ou des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une phlébite ou une embolie pulmonaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS TRANSFUSIONNELS ET VOTRE COAGULATION

Avez-vous reçu une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous facilement des ecchymoses ou des « bleus » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un saignement prolongé après une opération, une plaie, une extraction dentaire, un accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes de votre famille ont-elles des problèmes de saignement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PULMONAIRE

Avez-vous été soigné(e) pour les poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIGESTIF

Avez-vous une hépatite virale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur(euse) de hernie hiatale ou d'un ulcère de l'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEUROLOGIE

Avez-vous été soigné(e) pour les nerfs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de spasmophilie ou de tétanie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une crise d'épilepsie – convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de myopathie ou de myasthénie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Etes-vous allergique (médicaments – iode) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faites-vous des rhiniques allergiques (rhumes des foins / de l'urticaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTRES AFFECTIONS

Avez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous traité(e) à l'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie rénale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour un glaucome ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de la thyroïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

	OUI	NON
Avez-vous déjà été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, citez les interventions et les dates :		
.....		
.....		
.....		

Pour les femmes

Combien de grossesses avez-vous eu ?		
Avez-vous été endormie pour un de vos accouchements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une péridurale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS ANTÉCÉDENTS ANESTHÉSQUES

Vous a-t-on, signalé un problème ou une complication pendant une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez des membres de votre famille, avez-vous eu la notion d'incidents anesthésiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		

VOS HABITUDES DE VIE / DIVERS

Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de paquets par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents en mauvais état ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents sur pivot ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous un pacemaker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS TRAITEMENTS

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(dont aspirine, pilule, collyres, laxatifs, anticoagulants, antidépresseurs)		
Si oui, lesquels ?		
.....		
.....		
.....		
.....		

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(À déposer au secrétariat le jour de la consultation d'Anesthésie)

Je soussigné(e),

NOM Marital **NOM de jeune fille**
Prénom(s)
Date et Lieu de naissance
Adresse
.....
Téléphone
E-mail

Admis(e) au sein de l'Hôpital de Chantilly,

Je ne souhaite pas désigner de 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. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Monsieur **Madame** **Mademoiselle**

NOM Marital **NOM de jeune fille**
Prénom(s)
Date et Lieu de naissance
Adresse
.....
Téléphone
E-mail

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

*J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas ;
Je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche désignation (modèle 2)*

Fait à Le **Signature du patient :**

CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE

**Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation
en qualité de personne de confiance :**

Fait à **Signature :**
Le

IMPORTANT

En application de la loi n°2002-2003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e), *Madame, Mademoiselle, Monsieur,
certifie que le Docteur m'a donné des informations
précises sur mon problème de santé qui a motivé cette consultation.

Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible le but de l'intervention, l'inconfort
qu'elle peut entraîner et les complications immédiates et tardives, fréquentes ou rares
qui peuvent survenir.

J'ai eu la possibilité de poser les questions auxquelles il a répondu.

J'ai bien compris ce qui a été exposé.

Fait à Le

Lu et approuvé

Signature :

Ce document, élaboré par la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), est destiné à vous informer sur l'anesthésie. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre accord à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

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.

- L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques ;
- L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre 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. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs.

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.

Une anesthésie générale peut être associée soit de principe, soit devenir nécessaire en cas d'insuffisance ou d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique.

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite préanesthésique, 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.

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. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

2. 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 adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

En fin d'intervention, vous serez surveillé (e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance postinterventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

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 et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient 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.

4. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES À L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

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 décours de l'intervention.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaires particulières.

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 d'un bras ou d'une jambe.

Après 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.

Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter.

Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

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

5. 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.

Il existe des risques spécifiques à l'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, anesthésie péridurale). Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des maux de tête peuvent survenir et nécessiter parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement spécifique. Très rarement, on peut observer une baisse passagère de l'audition, ou un trouble de vision. Des douleurs au niveau du point de ponction, dans le dos, sont également possibles.

Il existe des risques spécifiques aux autres anesthésies locorégionales. Ainsi, au cours de l'anesthésie de l'oeil, des complications, telles une diplopie (le fait de voir double) ou plus rarement une plaie oculaire, peuvent survenir. Des séquelles, passagères ou définitives, telles une baisse ou une perte de la vision, peuvent en résulter. Au cours de certaines anesthésies du membre supérieur ou du thorax, des complications respiratoires sont possibles.

En fonction des médicaments associés, 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.

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.

Vous allez prochainement bénéficier d'une intervention sous anesthésie générale en ambulatoire. Cela signifie que vous êtes hospitalisé(e) sur la journée, et que vous sortirez après votre passage au bloc opératoire et après quelques heures de surveillance.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce qui suit et de suivre les recommandations de ce document ainsi que le fascicule qui l'accompagne.

LA VEILLE

Vous ne devez pas faire d'écart alimentaire. Le soir, vous devez prendre simplement un repas léger (sauf si prescription spécifique) et vous abstenir de fumer : vous devez vous coucher avant 23 heures (prendre éventuellement le médicament qui vous a été prescrit).

Vous devez être à jeun à partir de 0 heure.

C'est à dire que vous ne devez **RIEN boire, RIEN manger** à partir de minuit (nous vous rappelons de **ne pas fumer**). Si votre arrivée est prévue à 13h00, vous pouvez prendre un petit déjeuner léger (café ou thé uniquement) 6 heures avant votre admission.

Environ 1/2 heure avant l'intervention, nous vous donnerons :

- Un traitement pour vous détendre;
- Une chemise d'opéré longue sous laquelle vous devez être nu(e);
- Un bonnet.

Au retour du bloc opératoire, vous êtes placé(e) sous la surveillance des infirmières de la salle de réveil. Les appareils qui sont autour de vous servent à la surveillance de votre réveil (rythme cardiaque, électrocardiogramme, tension artérielle, etc ...), les données sont analysées constamment.

Lorsque la phase de réveil est terminée, ces appareils sont retirés et vous retournez dans votre chambre, sous la surveillance du personnel de chirurgie jusqu'à votre départ.

LA SORTIE

Elle n'est autorisée qu'après la visite et la signature d'un bon de sortie du chirurgien et de l'anesthésiste.

Il faut savoir qu'il est possible, pour des raisons médicales, que les médecins décident éventuellement de poursuivre votre surveillance dans l'établissement pour la nuit.

Pour le retour à domicile :

- Vous **devez être accompagné**.
- Vous ne devez pas conduire.
- Vous ne devez pas rester seul la nuit qui suit votre intervention. Un parent ou un ami doit rester auprès de vous durant la nuit.
- Nous vous conseillons le soir de faire un repas léger et de vous coucher tôt.

Vous pouvez contacter l'Hôpital Privé de Chantilly dès votre retour au domicile et en particulier en cas d'urgence au :

CHIRURGIE 1

03 44 62 66 53

SOINS CONTINUS

03 44 62 66 34

CHIRURGIE 2

03 44 62 66 55

Une infirmière ou un médecin vous donneront un conseil ou vous indiqueront la conduite à tenir. Vous pouvez également contacter votre médecin traitant ou le spécialiste qui vous a pris en charge à son cabinet.

CET IMPRIMÉ DOIT ÊTRE RAPPORTÉ SIGNÉ À LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des recommandations concernant mon intervention (ou l'intervention concernant mon enfant) du

Date :

Signature de l'intéressé(e)

Ou du représentant légal :

Chirurgie esthétique
et plastique

-

Chirurgie thoracique

-

Chirurgie générale
et viscérale

-

Chirurgie ORL

-

Chirurgie orthopédique

-

Chirurgie urologique

Secrétariat Médical

Tél. : 03 44 62 66 22

Fax : 03 44 62 66 21

sm.chir2@hp-chantilly.fr

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Chantilly, le

Dépiler la zone indiquée à la tondeuse ou à la crème dépilatoire (après avoir effectué un test allergique sur l'avant-bras) et pratiquer une douche antiseptique la veille et le matin de l'intervention (cheveux compris).

- **Bétadine Scrub 1 flacon de 125 mL**

En cas d'allergie à l'iode, remplacer la Bétadine par de l'Hibiscrub 1 flacon

- **Crème dépilatoire** (non remboursée par la sécurité sociale)

Annexe 1 : Grille générale des dépilations

