

Barcode-Etikette vom Prämedikationsblatt

Patientenetikette mit Barcode, kein Printer

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Explications et consentement concernant l'anesthésie

Chaque méthode d'anesthésie présente des risques particuliers dont nous tenons à vous informer. Le médecin anesthésiste s'entretiendra avec vous de la méthode choisie. Ne vous effrayez pas de l'énumération des risques : les complications sont en général très rares. Le médecin anesthésiste se tient à votre disposition pour répondre à vos questions.

Risques liés à une anesthésie générale

Réactions allergiques, atteintes nerveuses, rétention urinaire, nausées, vomissements, démangeaisons, tremblements, hématome, douleurs dorsales, arrêt respiratoire, arrêt circulatoire, troubles de la concentration et de la mémoire

Anesthésie générale ("narcose totale")

Neutralisation de la sensibilité à la douleur et de la conscience

Risques spécifiques : vomissements avec risque d'inhalation par les voies respiratoires, lésion des cordes vocales (enrouement, troubles respiratoires), troubles de la déglutition, lésions dentaires, état de conscience durant l'anesthésie

Anesthésie locorégionale ("narcose partielle", anesthésie péridurale, spinale)

Neutralisation de la sensibilité à la douleur par insensibilisation des nerfs proches de la moelle épinière

Risques spécifiques : maux de tête, paraplégie, baisse de la tension et nausées, détérioration de la capacité auditive et visuelle

Anesthésie locale (par exemple par voie intraveineuse ou par infiltration)

Neutralisation de la sensibilité à la douleur de certains nerfs ou de certaines zones (épaule, bras, jambe)

Risques spécifiques : lésions nerveuses, comme par exemple troubles sensoriels, paralysies et douleurs chroniques

Sédation

Diminution de la conscience par prise de médicaments pendant l'intervention ou l'opération sous anesthésie locale ou locorégionale

Risques spécifiques : atténuation de la respiration, troubles de la conscience

La douleur ne pouvant être parfois suffisamment contrôlée en cas d'anesthésie locorégionale ou locale, une anesthésie locale complémentaire est alors effectuée.

Risques spécifiques relatifs à des mesures particulières lors d'opérations lourdes ou de pathologies complexes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> canules artérielles | infection, vasoconstriction, hémorragie |
| <input type="checkbox"/> cathéter de la veine centrale ou du cœur droit | infection, lésions nerveuses, hémorragie, trouble du rythme cardiaque, affaissement des alvéoles pulmonaires, saignements |
| <input type="checkbox"/> cathéter urinaire | infection, miction impérieuse, rétrécissement du canal urinaire |
| <input type="checkbox"/> transfusion sanguine | transmission de maladies virales (hépatite, sida), réactions d'intolérance |
| <input type="checkbox"/> échocardiographie transœsophagienne | lésions dentaires, troubles de la déglutition, lésions œsophagiennes |

Comportement à adopter après une anesthésie ambulatoire

Quand l'intervention ne nécessite pas d'hospitalisation, un accompagnateur adulte devra venir chercher le patient dont la prise en charge au domicile devra être assurée. En raison des répercussions de l'anesthésie et pendant 24 heures, sauf avis médical contraire, il vous est interdit de conduire, d'utiliser des appareils potentiellement dangereux et de consommer de l'alcool ou des calmants. De même, abstenez-vous de prendre des décisions importantes.

Le médecin anesthésiste se tient à votre disposition pour s'entretenir personnellement avec vous en ce qui concerne l'anesthésie prévue. Vous pouvez noter ci-dessous les questions que vous vous posez:

.....

Notes du médecin concernant l'entretien préopératoire:

Durée de l'entretien:

.....

Médecin contractuel responsable:

Suppléant délégué:

Je déclare avoir été suffisamment informé-e par le médecin des méthodes et des risques de l'anesthésie et qu'une réponse a été fournie à toutes mes questions. Je certifie être d'accord avec la procédure d'anesthésie prévue et avec les modifications ou extensions nécessaires de cette procédure ainsi qu'avec les interventions secondaires ou ultérieures nécessaires. J'accepte que les données usuelles enregistrées pendant la période préopératoire puissent être utilisées et publiées à des fins scientifiques de façon anonyme. Je refuse la divulgation des données anonymes.

Date

Signature du patient/de la patiente

Signature du médecin

Questionnaire pour l'anesthésie

Afin d'évaluer vos risques liés à l'anesthésie, nous vous prions de répondre au questionnaire ci-dessous et d'amener ce document avec vous à l'hôpital. Celui-ci constitue la base de discussion lors de l'entretien avec le médecin anesthésiste. Votre signature en certifiera l'exactitude. Nous vous remercions de votre coopération.

	OUI	NON
• Vous sentez-vous en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pouvez-vous monter deux étages d'une traite par les escaliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Au cours des dernières années, avez-vous été gravement malade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Souffrez-vous de:		
> prédisposition aux saignements, tendance aux hématomes sans motif apparent, aux saignements de nez, aux saignements de gencives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> hypertension artérielle, hypotension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> problèmes cardio-vasculaires, angine de poitrine, infarctus, déficience cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> troubles du rythme cardiaque, fibrillation auriculaire, extrasystole, pouls irrégulier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> maladies pulmonaires, asthme, bronchite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> ulcère à l'estomac, reflux gastrique acide, vomissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> allergies (par exemple rhume des foins, eczéma, allergie au nickel, aux piqûres d'insectes, etc.) ? Avez-vous eu une réaction particulière (allergie) à des médicaments tels que les antibiotiques (par exemple Pénicilline, Bactrim), à des produits anesthésiants, à l'iode ou à d'autres substances telles que le latex, le caoutchouc, les pansements, les bananes, les kiwis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> maladies oculaires (glaucome, cataracte, préopérations, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> rhumatisme aigu (rhumatisme articulaire, fièvre rhumatismale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> maladies thyroïdiennes, rénales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> maladies du foie, jaunisse, hépatite, sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> épilepsie, migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> maladies musculaires, faiblesse musculaire, hyperthermie maligne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> douleurs dorsales, sciatiques, paralysies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Dans votre famille, quelqu'un a-t-il eu des incidents liés à une anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine?		
Si oui:		
> Avez-vous subi une transfusion au cours des trois derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Avez-vous déjà souffert de complications liées à une transfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Uniquement pour les femmes	Etes-vous enceinte ? Si oui, quelle était la date de vos dernières règles?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fumez-vous?	combien de cigarettes? depuis quand?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Buvez-vous régulièrement de l'alcool?	quelle quantité?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous des drogues?	lesquelles? en quelle quantité?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous régulièrement des médicaments, en particulier des anticoagulants ou des agents ayant une action sur les plaquettes sanguines (par exemple Sintrom, Marcoumar, Aspirine, Tiatral, Persantin, Fraxiparine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : lesquels? en quelle quantité? Si elle est en votre possession, apportez votre carte de dosage avec vous.		
.....		
.....		
• Avez-vous déjà subi une opération?	Si oui: quand? comment?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
• Des problèmes d'anesthésie sont-ils survenus?	Si oui: lesquels?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		