

Original

Copie pour la deuxième hospitalisation



**A.S.Z.**  
ZIEKENHUIS

| Autonome verzorgingsinstelling



# Livret du patient service de pédiatrie

Veillez lire ce livret de patient, répondre correctement aux questions ou le faire remplir par la famille, le médecin, le pharmacien ou l'infirmière à domicile. Veillez apporter ce livret lors de votre hospitalisation et le remettre à la nurse du département.

# | **Table des matières**



1. A remplir par le médecin traitant: Hospitalisation en régime d'hôpital de jour	4
2. Information pour le patient/parent ou accompagnateur: Hospitalisation en regime d'hôpital de jour	7
2.1 Avant l'admission	
2.2 Le jour de l'admission	
2.3 Matériel à apporter	
2.4 Sortie de l'hôpital	
2.5 Le coût de l'hospitalisation	
2.6 Quelques règles d'hygiène à l'admission pour intervention chirurgicale	
3. Information générale	13
3.1 Coordonnées importantes	
3.2 Questionnaire patient	
4. Dossier pharmaceutique	16
4.1 Médication actuelle	
4.2 Allergies	
5. Dossier médical	19
6. Consentement éclairé	23
7. Dossier d'anesthésie	25
7.1 Informations de l'anesthésie	
7.2 Consentement éclairé - anesthésie	
7.3 Coordonnées	

# 1. A remplir par le médecin traitant: Hospitalisation en régime d'hôpital de jour

Seulement pour une admission planifiée: opération ou examen

Site Alost     Site Grammont     Site Wetteren

Hôpital de jour     Hospitalisation

Date d'admission: ...../...../..... Heure: .....

A jeun à l'admission?     Oui     Non

Date d'opération (si différent de la date d'admission):...../...../.....

Côté de l'intervention:     gauche     droit

Médecin traitant: .....

**Nécessité de prophylaxie antibiotique?**     OUI     NON

Si oui, quel antibiotique?

Cefazoline

Metronidazole

Vancomycine (lors d'une allergie à la pénicilline/colonisation à MRSA)

Aztreonam (lors d'une allergie à la pénicilline)

Administration:

60 mn. jusqu'à 15 mn. au plus tard avant l'opération dans la salle d'opération

Vancomycine par pousse-seringue, commencer 2h avant l'opération dans le service de soins

**Nécessité de prophylaxie de l'endocardite?**     OUI     NON

Si oui, quel antibiotique?

Amoxicilline

Gentamicine

Vancomycine (lors d'une allergie à la pénicilline)

Administration:

60 mn. jusqu'à 15 mn. au plus tard avant l'opération dans la salle d'opération

Vancomycine par pousse-seringue, commencer 2h avant l'opération dans le service de soins

**A. Examens à faire avant l'admission (cocher et remplir)**

Examen	Chez qui?	Date rendez-vous	Où on retrouve le résultat?
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> A.S.Z. <input type="checkbox"/> .....	...../...../.....	
	<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> A.S.Z. <input type="checkbox"/> .....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Prise de sang: <input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Autres: .....	<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> A.S.Z. <input type="checkbox"/> .....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Autres: .....	<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> A.S.Z. <input type="checkbox"/> .....	...../...../.....	

**B. Consultation nécessaire avant l'hospitalisation chez (cocher et remplir)**

MEDECIN	DATE
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Pédiatre	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Cardiologue (pédiatrique)	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Anesthésiste	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Autres: .....	...../...../.....

**C. Médicaments à arrêter avant l'intervention**

Antidiabétiques		
	Avis médical	Directive générale
<input type="checkbox"/> Insulines .....		Prendre la dernière dose la veille du jour de l'opération
<input type="checkbox"/> Diurétiques .....		Prendre la dernière dose la veille du jour de l'opération

### **D. Réadmission endéans les 3 mois**

Veillez marquer ci-dessous s'il y a une réadmission planifiée dans 3 mois. De cette façon, on peut faire, lors de la première hospitalisation, une copie et donner ceci au patient.

Réadmission planifiée pour ...../...../.....

<b>Cachet médecin:</b>	<b>Date: ...../...../.....</b>
<b>Signature médecin:</b>	

## **I 2. Information pour le patient/parent ou accompagnateur: Hospitalisation en regime d'hôpital de jour**

Seulement pour une admission planifiée: opération ou examen

### **2.1 Avant l'admission**

- Lisez attentivement ce livret du patient et remplissez tout soigneusement.

#### **En cas d'une opération:**

- Si le chirurgien indique que des examens préopératoires complémentaires s'imposent, veuillez contacter votre médecin de famille ou votre pédiatre.
- Vérifiez, avant l'admission, si vous avez besoin d'aide. A cet égard, prenez contact avec le service social de l'hôpital, médecin de famille et/ou mutualité.

Vous avez été informé que vous devez être admis à l'A.S.Z. prochainement. Il est compréhensible que cela puisse être un peu accablant, mais nous voulons vous aider à rendre votre séjour aussi confortable et bien organisé que possible. C'est pourquoi nous avons établi une liste de contrôle pratique pour vous assurer que vous êtes bien préparé. Plus d'informations: <https://www.asz.be/nl/patient/ziekenhuisopname/checklist>

### **2.2 Le jour de l'admission**

Si l'intervention chirurgicale est planifiée le jour de l'admission, votre enfant doit être à jeun. Vous trouverez ci-dessous de plus amples informations sur ce que signifie être à jeun.

Allaiter est autorisé jusqu'à 4 heures avant l'intervention.

Du lait artificiel peut être donné jusqu'à 6 heures avant l'intervention.

Les liquides clairs sans effervescence sont autorisés et même recommandés jusqu'à 2 heures avant l'intervention, à raison d'un verre (100 ml) maximum par heure. Les médicaments que votre enfant peut encore prendre après avoir consulté votre médecin, peuvent être pris avec une petite gorgée d'eau plate (pas d'eau pétillante).

Par liquides clairs, nous entendons :

- Eau plate
- Aquarius
- Boissons riches en glucides
- Thé (éventuellement avec du sucre).

Le jour de l'intervention, un petit déjeuner léger est autorisé jusqu'à 6 heures avant l'intervention. Par petit-déjeuner léger, nous entendons :

- Jus de fruits avec pulpe
- Céréales
- Toasts
- Cracker avec de la confiture
- Yaourt

Certaines troubles médicaux peuvent entraîner un ralentissement de la vidange gastrique (par exemple le diabète, le reflux gastro-œsophagien, la hernie gastrique, la dysphagie,...). Si votre enfant en est atteint, veuillez d'abord consulter un médecin pour connaître les principes de jeûne corrects.

Si votre enfant doit encore subir des examens spécifiques le jour de l'admission, il est possible que votre enfant doit être à jeun en fonction de l'examen à réaliser. Vous trouverez tous les renseignements dans la brochure d'information de l'examen concerné. Demandez ceci certainement à votre pédiatre ou le service de soins infirmiers lors de la planification de cet examen.

## 2.3 Matériel à apporter

**Veillez amener le suivant:**

- Kids-ID ou ISI+ carte
- Carte de groupe sanguin (si disponible)
- Carte avec mention des allergies ou régime
- Lettre d'envoi chirurgien/médecin de famille/pédiatre/dentiste
- Documents d'assurance hospitalisation
- Livret du patient rempli
- Apportez la médication dans l'emballage original dans un sac (+ éventuellement une attestation du médecin conseil)
- Résultats des examens réalisés
- Vêtements (peignoir, pantoufles, pyjama ou chemise de nuit), aussi pour l'hôpital de jour
- Nécessaire de toilette
- Lunettes, lentilles, appareil auditif, béquilles,...
- Pour les petits enfants : langes, biberon, préparations pour nourrissons, doudou, couverture et tétine
- Livre/bande dessinée, jouets,...



## 2.4 Sortie de l'hôpital

Le médecin traitant décide en concertation avec l'infirmière en chef de la sortie de votre enfant. Le médecin



est très bien au courant de la situation médicale de votre enfant et il ne va pas garder votre enfant à l'hôpital plus longtemps que nécessaire.

La date et l'heure de votre sortie seront vous communiquées à temps par des soins infirmiers.

Le jour du départ, vous recevrez un rapport pour votre médecin de famille, les attestations médicales, une attestation congé pour assistance médicale, les prescriptions médicales et éventuellement les formulaires d'assurance hospitalisation remplis.

## 2.5 Le coût de l'hospitalisation

### 1. Le choix de votre chambre et les conséquences financières

#### A. Les frais de séjour (prix journalier d'hospitalisation)

Les frais de séjour sont des frais qui sont directement liés à votre séjour hospitalier (chambre + soins). Le prix varie en fonction du statut du patient et le choix de la chambre.

Chaque patient assuré paie seulement la quote-part personnelle des frais de séjour. Ce montant est prévu par la loi et dépend de l'assurabilité du patient et de la durée d'hospitalisation. La quote-part personnelle (ou ticket modérateur) d'un assuré ordinaire sans personnes à charge s'élève à:

Chambre	Prix 1er jour	Prix 2ième au 90ième jour	Prix à pd 91ième jour
Chambre individuelle	€ 46,69	€ 19,42	€ 19,42
	Supplément chambre: € 75/jour Supplément honoraires: 150% sur les examens, traitements et surveillance		
Chambre commune	€ 46,89	€ 19,42	€ 19,42
	Forfait de séjour: € 4,25/jour		
Chambre individuelle au service de pédiatrie	€ 34,17	€ 6,90	€ 6,90
	Supplément chambre: € 7,25/jour Supplément honoraires: 150% sur les examens, traitements et surveillance		
Chambre commune ou box au service de pédiatrie	€ 34,17	€ 6,90	€ 6,90
	Pas de forfait de séjour		

Les montants mentionnés ci-dessus sont plus bas si vous avez une personne à charge ou en cas d'une intervention majorée (les montants exacts sont indiqués sur le site web).

Pour les chambres communes, un forfait de séjour est facturé pour des frais divers comme la location de l'appareil téléphonique, le frigo, boissons, TV, même si vous ne bénéficiez pas de ces services. (Exception: soins intensives, soins palliatifs et service de pédiatrie). Pour une chambre individuelle, ce forfait est compris dans le supplément chambre.

#### B. Les honoraires et les suppléments d'honoraires

Le médecin a le droit de facturer par prestation effectuée des honoraires. Une partie de ces honoraires est prise en charge par votre mutualité. La quote-part personnelle (ou ticket modérateur) est prise en charge par le patient.

En plus des honoraires, le patient paie un supplément pour un séjour en chambre individuelle, mais pas si vous séjournez en chambre individuelle indépendamment de votre volonté, par exemple s'il n'y a pas d'autres chambres disponibles. Le supplément d'honoraires s'élève à 150 %. Pour les interventions esthétiques, le supplément d'honoraires s'élève à 300 %.

Les suppléments d'honoraires sont entièrement à charge du patient. La mutualité n'intervient pas.

### C. Frais pharmaceutiques: médicaments et implants

Chaque patient paie un montant fixe de € 0.62 par jour pour les médicaments remboursables.

Le patient paie un supplément de 10 % sur le prix d'achat total des implants remboursables, prothèses et dispositifs médicaux. Pour le matériel endoscopique, le patient paie 90 % des tarifs et 10 % de marge de délivrance (avec une limite de €148,74). Le médecin vous en informera à l'avance dans ce cas.

Les médicaments, produits, implants, prothèses et dispositifs médicaux non remboursables sont entièrement à charge du patient.

### D. Autres fournitures et frais divers

Sang et dérivés sanguins, plâtre, radio-isotopes, ... sont partiellement ou entièrement à charge du patient. Tous les frais non médicaux sont repris dans cette rubrique. Il peut s'agir de l'usage du téléphone, les bouteilles d'eau supplémentaires et le rooming-in. La liste complète est consultable sur le site Web.

#### 2. L'acompte

L'A.S.Z. demande exceptionnellement un acompte, si vous n'êtes pas affilié à une mutualité et en cas de chirurgie esthétique non remboursable. L'acompte est à payer au médecin-même ou au service débiteurs.

#### 3. Statut du médecin: conventionné ou pas et les conséquences financières

En Belgique, s'applique un système où les tarifs sont convenus entre les médecins, les mutualités et le gouvernement. Une liste avec tous les médecins aussi bien conventionnés que non conventionnés est disponible au service des inscriptions.

#### 4. Régime du tiers payant et l'assurance hospitalisation

Vous payez uniquement la part des frais à votre charge (la quote-part personnelle) lors d'une hospitalisation, du moins si vous êtes affilié à une mutualité et si vous êtes en ordre avec votre assurance maladie.

Si vous avez une assurance hospitalisation, on vous conseille de contacter votre compagnie d'assurance avant votre hospitalisation, surtout si vous choisissez une chambre individuelle pour vérifier si la chambre et les honoraires et suppléments sont couverts. En fonction de la compagnie d'assurance, les factures seront directement adressées à l'assureur ou au patient.

#### 5. Quand vous devez payer la facture?

Environ 1 à 2 mois après votre hospitalisation, vous recevez la facture d'hospitalisation. Vous devez payer la facture endéans les 30 jours calendrier. Il est également possible que des examens complémentaires réalisés pendant votre séjour seront facturés séparément. Pour une admission via le service des urgences, un décompte séparé suivra.

*6. Souhaitez-vous une estimation du coût?*

Pour les interventions et examens les plus communs, l'A.S.Z. vous propose une estimation du coût. Les montants estimés ne vous donne qu'une indication, car le coût réel final peut varier à cause de circonstances imprévues (des examens et ou/interventions supplémentaires, complications...). Attention: certains frais (téléphone, rooming-in, ...) ne sont pas inclus dans l'estimation du coût. Voici le lien vers notre site web: <https://www.asz.be/nl/patient/kosten-en-prijramingen>

*7. Attendez-vous des problèmes de paiement ou vous n'êtes pas affilié à une mutualité en Belgique?*

Contactez le service débiteurs. Le service débiteurs (au niveau des inscriptions) étudiera avec vous les possibilités pour réduire les coûts ou pour rédiger un plan de paiement.

Téléphone: 053 76 40 32 (chaque jour ouvrier de 8h à 16h, sauf mercredi après-midi)

Via le service d'inscriptions (guichet 7) à Alost (chaque jour ouvrier de 8h à 17h).

*8. Vous trouverez toutes les informations sur <https://www.asz.be/nl/patient/kosten-en-prijramingen>*

## **2.6 Quelques règles d'hygiène à l'admission pour intervention chirurgicale**

- La veille de l'intervention ou le matin de votre admission, votre enfant prend un bain.
- Coupez les ongles courts des doigts et des orteils et soignez les ongles, retirez tout vernis à ongles.
- Le matin de l'intervention, votre enfant ne peut pas mettre du maquillage ni appliquer de crème hydratante sur le corps.
- Votre enfant ne peut pas porter des bijoux comme piercings,, bagues, collier, montre, bracelets,... pendant l'opération. N'apportez pas ceci à l'hôpital.
- Retirez les lentilles ou lunettes, appareil auditif, pinces à cheveux, peignes,... avant l'intervention.

## **I 3. Information générale**

Cher parent, pour le bien-être de votre enfant, il est important de remplir complètement et correctement l'information générale, le dossier médicale (page 12 jusque 21). Demandez, si nécessaire, de l'aide à votre médecin de famille, pédiatre ou pharmacien.

13

### **3.1 Coordonnées importantes**

**Personne à contacter/accompagnateur/parent:**

Nom: .....

Parenté: .....

Numéro de téléphone: .....

**Personne à contacter/accompagnateur/parent 2:**

Nom: .....

Parenté: .....

Numéro de téléphone: .....

**Médecin de famille:**

Nom: .....

Adresse: .....

Numéro de téléphone: .....

**Pédiatre:**

Nom: .....

Adresse: .....

Numéro de téléphone: .....

**Coordonnées résidence (si applicable):**

Nom: .....

Adresse: .....

Numéro de téléphone: .....

### 3.2 Questionnaire patient

**Etat physique (si applicable)**

**Audition:**

- normal       surdité       appareil auditif

**Yeux:**

- normal       aveugle       lunettes/lentilles

**Activités de la vie quotidienne**

**Se laver:**

- Indépendant  
 Avec de l'aide partielle  
 Tout à fait dépendant

**S'habiller:**

- Indépendant  
 Avec de l'aide partielle  
 Tout à fait dépendant

**Mobilité:**

- S'asseoir  
 Ramper  
 Debout
- Marcher avec de l'aide  
 Marcher seul

**Propreté:**

- Propre urines/selles  
 Pas propre urines/selles  
 Entraînement à la propreté  
 .....

**Manger:**

- Manger sans aide  
 De l'aide pour manger  
 Uniquement biberon/allaitement : .....  
 Régime: .....  
 .....
- Aide pour la préparation  
 Tout à fait dépendant

**Points d'attention:** .....

.....

.....

## I 4. Dossier pharmaceutique

### 4.1 Médication actuelle

Il est nécessaire que le personnel soignant dispose **d'une liste de tous les médicaments que votre enfant prend à domicile régulièrement**. De cette manière, il n'y a aucun doute sur le nom exact du médicament, le dosage et la forme du médicament. Ceci permet au personnel soignant de poursuivre le traitement sans erreur.

Veillez inscrire tous les médicaments que votre enfant prend actuellement sur le tableau sur la page suivante. Pensez aussi aux médicaments suivants:

- Les médicaments non-soumis à prescription médicale (par exemple vitamines,...)
- Les médicaments que votre enfant prend seulement 1 x par semaine, 1 par mois ou au besoin
- Insulines, inhalations, patch, gouttes oculaires, pilule,...
- Prise récente d'antibiotiques?

Apportez une quantité des médicaments actuels dans **l'emballage original** (pas de tablettes en vrac) et utilisez le sac de médicaments. N'oubliez pas les médicaments dans le frigo (par exemple insuline)!

Si votre enfant prend un médicament nécessitant une attestation du médecin conseil, il est indiqué de mettre une copie de ceci dans le sac de médicaments. A l'admission, vous transmettez les médicaments au personnel soignant qui vous accompagne pendant l'hospitalisation.



**I Livret du patient service de pédiatrie**

Ce document est rempli par:

 Accompagnateur/parent   
  Famille   
  Médecin de famille   
  Pédiatre   
  Autre:

Date: ...../...../.....

Nom du médicament			Moment de prise + nombre	Remarques
Nom	Dosage	Forme (comprimé, effervescent, sirop,...)	Par exemple: 3x5 ml ou 3x2 gouttes	- Raison de la prise - Au besoin - Date d'arrêt
<b>A PRENDRE PAR VOIE ORALE</b>				
<b>AUTRES (par exemple pommade, gouttes oculaires, nasales,...)</b>				
<b>A INJECTER (par exemple insuline, Clexane,...)</b>				

## 4.2 Allergies

Votre enfant est-il allergique ou hypersensible à:

Latex / caoutchouc	Oui - Non
Patch	Oui - Non
Substance anesthésiante chez le dentiste	Oui - Non
Plantes, pollens, poussière de maison	Oui - Non
Désinfectants	Oui - Non
Produits de contraste	Oui - Non
Antibiotiques Lequel? .....	Oui - Non
Médicaments Lequel? .....	Oui - Non
Alimentation ou autre Lequel? .....	Oui - Non
Autres? ..... .....	
Décrivez la réaction allergique (par exemple démangeaisons, urticaire, enflure, asthme,...): ..... .....	

## I 5. Dossier médical

Remplissez, entourez la bonne réponse et donnez si possible des explications.

### 5.1 Informations générales

Âge: ..... ans      Taille: ..... cm      Poids: ..... kg

Groupe sanguin:       A     B     O     AB     actuellement pas connu

### 5.2 Etat de santé général

Est-ce que votre enfant a déjà été malade gravement? Quelle maladie? .....	Oui - Non
Est-ce que votre enfant a été malade les six dernières semaines?	Oui - Non
Votre enfant, est-il né prématurément? A combien de semaines de grossesse? ..... Poids de naissance? .....	Oui - Non
Est-ce que votre enfant suit un régime? Lequel? .....	Oui - Non

### 5.3 Votre enfant a-t-il.....?

Des dents qui bougent? Lesquelles? .....	Oui - Non
Des lentilles de contact?	Oui - Non
Des piercings?	Oui - Non

(Si oui, enlevez les piercings déjà à la maison)

## 5.4 Hospitalisations antérieures

A-t-il déjà été hospitalisé ou opéré dans un hôpital		Oui – Non
Si oui:		
Date (année)	Pathologie/opération	Hôpital
Quelle technique d'anesthésie a été appliquée?	Générale/locale	
Y-a-t-il eu des problèmes?	Oui – Non	
Lesquels? .....		
Votre enfant a-t-il réagi de façon particulière lors d'une anesthésie?		Oui - Non
Comment? .....		
.....		

## 5.5 Antécédents familiaux

Y a-t-il un incident particulier chez un proche parent dans le cadre d'une anesthésie?	Oui – Non
Si oui, lequel? .....	
Y a-t-il une anomalie congénitale chez un proche parent?	Oui – Non
Si oui, laquelle? .....	

**5.6 Maladies au niveau de la nuque, de cou et de la bouche**

Est-ce que votre enfant a un problème pour bien ouvrir la bouche ? Vous pouvez contrôler ceci en essayant d'introduire deux doigt, l'un sur l'autre, dans l'orifice buccal de votre enfant.	Oui – Non
Est-ce que votre enfant a un problème pour bouger la tête dans toutes les directions ?	Oui – Non

**5.7 Maladies contagieuses**

Souffre votre enfant d'une maladie contagieuse (par exemple HIV)? Laquelle? .....	Oui – Non
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------

**5.8 Diabète**

Votre enfant est-il diabétique? <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	Oui – Non
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

**5.9 Maladies des poumons et des voies respiratoires**

Est-ce que votre enfant a une respiration sifflante?	Oui – Non
Est-ce que votre enfant souffre d'asthme ou du rhume des foies?	Oui – Non
Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie pulmonaire? Laquelle ? .....	Oui – Non

**5.10 Maladies du cœur et des vaisseaux sanguins**

Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie cardiaque ou vasculaire? Laquelle? .....	Oui – Non
Est-ce que votre enfant a un souffle au cœur?	Oui – Non
Est-ce que votre enfant a parfois des lèvres bleues?	Oui – Non
Est-ce que votre enfant est essoufflé quand il joue, court ou quand il fait de la bicyclette?	Oui – Non

### 5.11 Maladies des reins

Est-ce que votre enfant suit (ou a suivi) un traitement pour une maladie rénale? Laquelle? .....	Oui – Non
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

### 5.12 Problèmes de coagulation du sang

Se fait-il facilement des bleus sans raison?	Oui – Non
Souffre votre enfant de saignement de la gencive?	Oui – Non
Existe-t-il chez les parents des malformations ou maladies congénitales?	Oui – Non

### 5.13 Maladies du système digestif

Est-ce que votre enfant a déjà suivi un traitement pour la jaunisse?	Oui – Non
----------------------------------------------------------------------	-----------

### 5.14 Maladies du système nerveux

Est-ce que votre enfant a déjà perdu conscience?	Oui – Non
Souffre votre enfant d'épilepsie ou de maladie tombante?	Oui – Non
Souffre votre enfant d'une maladie musculaire?	Oui – Non

### 5.15 Information complémentaire

Est-ce que vous avez encore quelque chose à ajouter?	Oui – Non
.....	
.....	
.....	
.....	

## I 6. Consentement éclairé

### Formulaire de demande d'approbation informée

- Je déclare d'accorder formellement la permission de faire l'intervention/la procédure/l'observation suivante:

.....  
 Une hospitalisation ou une procédure ambulatoire est prévue dans l'A.S.Z. du .....  
 au .....

- Le médecin m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé et le diagnostic, la nature de la maladie, l'évolution possible et complications si l'on ne recourait pas à un traitement
- Le médecin m'a clairement indiqué la nature, le but, l'importance et le déroulement de l'intervention / procédure, ainsi que le résultat escompté, les risques et les complications potentiels, les inconvénients éventuels après l'intervention, les avantages et les désavantages de l'intervention ou procédure choisies. Il m'a informé des autres types de traitements.
- J'ai été clairement averti du coût financier de l'intervention ou procédure prévues. Je suis conscient que ce coût peut être influencé par des circonstances pendant l'intervention ou procédure. Les frais mentionnés ci-dessus peuvent être mis à charge séparément des frais hospitaliers (e.a hospitalisation, séjour, soins, pharmacie, honoraires, ...) par la facture hospitalière. Je suis responsable de connaître les frais que mes polices/assurances couvrent. De plus amples renseignements se trouvent dans la déclaration d'admission.
- Je comprends que les traitement(s) suivant(s) et/ou matériel ne sont pas remboursés et je suis d'accord avec les frais supplémentaires :  
 .....
- J'ai également été prévenu du fait qu'au cours de l'intervention ou la procédure, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire l'opérateur à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire en cas d'absolue nécessité.
- Je donne ma permission formelle de commander le matériel, les outils et/ou produits nécessaires pour l'intervention, le traitement, l'observation, l'opération ou procédure.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions et le médecin y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai reçu la brochure (d'accueil) et/ou le livret du patient avec les renseignements supplémentaires.
- Je suis conscient que, malgré les précautions et les efforts, que la médecine n'est pas une science exacte, que l'énumération des risques et complications n'est jamais complète et on ne peut pas conclure un contrat en ce qui concerne le résultat final de l'intervention, de l'opération ou de la procédure.
- J'accorde la permission d'utiliser de façon anonyme les radiographies, le matériel visuel et/ou le matériel corporel, les données cliniques qui ont été recueillis ou prélevés de moi à propos de l'intervention, procédure ou traitement pour l'enseignement ou pour la science, où le médecin et son équipe donnent la garantie de protéger ma vie privée. Je donne aussi mon accord au service de me contacter et d'informer pendant mon suivi ultérieur en ce qui concerne mon état de santé. \*

- Je comprends que par fatalité de service, un autre médecin de l'équipe médicale A.S.Z., avec la même expertise, peut être demandé pour réaliser cette procédure, intervention ou observation.\*
- J'autorise en cas de nécessité, l'équipe à pratiquer une transfusion sanguine. \*

\*Rayer la mention inutile

Remarque:

.....  
.....

- J'ai le droit d'annuler à tout moment mon accord pour cette intervention et/ou de poser des questions supplémentaires.

A la consultation ou pendant l'entretien préalables à l'intervention, ce document est rédigé et signé.

Prénom, nom et date de naissance du patient (ou représentant)

Date

.....

**Signature du patient (ou représentant)**



## I 7. Dossier d'anesthésie

Ceci s'applique uniquement si votre enfant doit subir une opération.

Pour le bien-être de votre enfant, il est important de remplir complètement et correctement le questionnaire concernant l'information médicale (page 18 jusque 21) si l'intervention programmée se passe sous anesthésie.

Demandez, si nécessaire, de l'aide à votre médecin de famille ou pédiatre.

25

**Contactez votre médecin de famille pour faire les examens préopératoires. Apportez les résultats de ces examens le jour de l'hospitalisation.**

### 7.1 Informations de l'anesthésie

Anesthésie générale et anesthésie régionale.

Le mot "anesthésie" signifie "insensibilité des sensations". On distingue deux types d'anesthésies : l'anesthésie générale et l'anesthésie régionale. Dans certains cas, ces deux techniques peuvent être combinées.

#### 7.1.1 Anesthésie générale

Cette technique d'anesthésie rend votre enfant inconscient et insensible à la douleur. Cela nécessite l'administration de médicaments qui agissent sur le cerveau. On administre ces agents dans une veine ou parfois par un masque appliqué sur le visage. Pendant ce sommeil artificiel, l'anesthésiste surveille divers paramètres vitaux. Pour cela, il dispose de nombreux appareils de contrôle et si nécessaire un respirateur.

Une fois l'anesthésie terminée, votre enfant sera conduit en salle de réveil pour le suivi ultérieur et pour traitement antidouleur. Un séjour au service des Soins Intensifs est parfois indispensable en cas d'une maladie sévère ou des interventions chirurgicales compliquées.

La sédation est une anesthésie générale plus légère.

#### 7.1.2 Anesthésie régionale

La douleur est transmise dans le corps par les nerfs. Lorsqu'on bloque un nerf, la partie du corps qui en dépend est rendue insensible. Pour cela, on utilise des anesthésiques locaux. Suivant la région à anesthésier, la technique porte un nom différent.

Une anesthésie péridurale ou la rachianesthésie permettent d'anesthésier la partie inférieure du corps. Il existe d'autres techniques qui limitent l'anesthésie régionale à un membre.

En ce qui concerne les détails de ces techniques, l'anesthésiste vous fournira des renseignements supplémentaires.

#### 7.1.3 Examen préanesthésique

Cet examen préanesthésique est important. Il permet de définir les risques liés à toute intervention. Nous

vous demandons de répondre sincèrement aux questions qui vous sont posées. Il y va de la sécurité de votre enfant. Une attention particulière sera donnée aux médicaments que votre enfant prend. Attention : même un comprimé d'aspirine pris pour un mal de tête quelques jours avant une opération est important à signaler!

Chez les patients qui sont déjà hospitalisés, un anesthésiste passe la veille de l'opération. Les patients qui sont hospitalisés le jour même de l'intervention, peuvent déjà fixer un rendez-vous avec un anesthésiste préalablement. Si vous ne souhaitez pas ceci, un anesthésiste viendra chez vous et votre enfant avant l'intervention.

#### **7.1.4 Inconvénients et complications**

**Allergies:** lors de l'anesthésie et de l'opération, le patient entre en contact avec de nombreuses substances inconnues pour son organisme. Certaines personnes peuvent être allergiques sans le savoir et réagir de manière plus au moins importante : urticaire, baisse de tension artérielle et problèmes respiratoires. Les personnes qui ont des allergies connues avant l'opération doivent le faire savoir à leur anesthésiste.

**Nausées et vomissements:** peuvent se manifester après une intervention, selon le type d'opération, le stress chirurgical etc. Un médicament pourra être administré afin de soulager votre enfant.

**Douleur post-opératoire:** il persiste différentes techniques qui permettent d'atténuer la douleur. L'anesthésiste vous fournira des renseignements pour aider votre enfant au maximum.

**Voix rauque:** lors d'une anesthésie générale, on introduit généralement une tube entre les cordes vocales pour assurer l'arrivée de l'oxygène aux poumons. Ceci provoque une voix rauque pendant quelques jours.

**Troubles de la mémoire, de la concentration, fatigue:** après une opération, la mémoire peut être perturbée. Chez certains patients, cette faculté de mémorisation peut rester perturbée plus longtemps.

**Troubles de la vigilance:** les anesthésiques ont généralement une durée d'action relativement courte. Les calmants contre la douleur et les médicaments contre l'anxiété agissent longtemps.

**Complications graves:** bien que l'anesthésie soit devenue très sûre, il existe toujours un risque réel et imprévisible mais exceptionnel de complications majeures. Des complications moins graves peuvent se manifester plus fréquemment. Votre anesthésiste vous fournira tous les informations.

## 7.2 Consentement éclairé - anesthésie

Votre anesthésiste vous informera de type d'anesthésie qu'il va administrer chez votre enfant et vous demandera de ce fait aussi votre consentement. Vous pouvez lui poser toutes les questions que vous jugez nécessaires pour vous aider dans votre décision.

Pour les enfants, le consentement sera donné par le représentant légal (père, mère, tuteur). Il en sera de même pour les personnes en incapacité de discernement.

Comme pour tout acte médical, vous pouvez refuser une anesthésie.

**En signant ce document, vous confirmez avoir tout lu et demandé et vous êtes d'accord avec le suivant:**

1. Si l'**intervention a lieu le matin**, votre enfant peut manger le soir/matin précédant l'intervention jusqu'à 6 heures avant l'intervention. Après minuit, cependant, il ne s'agit que d'un repas léger. Le matin de l'intervention, votre enfant peut boire des liquides clairs sans effervescence à raison d'un verre (100 ml) par heure au maximum jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Discutez-en avec votre chirurgien au préalable. *Vous trouverez plus d'informations sur la façon de boire et de manger à la page 7 (2.2 le jour de l'admission).*
2. Si l'**intervention doit avoir lieu l'après-midi**, votre enfant peut manger un repas léger jusqu'à 6 heures avant l'intervention. Le matin de l'intervention, votre enfant peut boire des liquides clairs sans effervescence jusqu'à 2 heures avant l'intervention, à raison d'un verre (100 ml) par heure au maximum. Discutez-en toujours avec votre chirurgien au préalable. *Vous trouverez plus d'informations sur la façon de boire et de manger à la page 7 (2.2. le jour de l'admission).*
3. Si votre enfant est encore allaité, il peut l'être jusqu'à 4 heures avant l'intervention.
4. Si votre enfant reçoit du lait artificiel, il peut être donné jusqu'à 6 heures avant l'intervention.
5. Pour un examen ou intervention gastro-entérologique, il peut y avoir d'autres dispositions. Le médecin traitant vous fournira des renseignements supplémentaires.
6. Certaines troubles médicaux peuvent entraîner un ralentissement de la vidange gastrique (par exemple le diabète, le reflux gastro-œsophagien, la hernie gastrique, la dysphagie,...). Si votre enfant en est atteint, veuillez d'abord consulter un médecin pour connaître les principes de jeûne corrects.
7. Apportez un pyjama et des pantoufles et pas de vêtements trop serrés (manches trop serrées), aussi à l'hôpital de jour chirurgical. Pour les autres hôpitaux de jour, il peut y avoir d'autres dispositions. Le médecin traitant vous fournira des renseignements supplémentaires.
8. Enlever les lunettes, l'appareil auditif, piercings épingles à cheveux, etc.... au moment des préparatifs de l'intervention chirurgicale.
9. **VOUS APPORTEZ TOUS LES MEDICAMENTS QUE VOTRE ENFANT PREND POUR LE MOMENT OU A PRIS LES TROIS DERNIERES SEMAINES.**
10. Sauf dans le cas d'une contre-indication médicale, le parent/tuteur peut rester chez l'enfant concerné dans la salle d'opération et dans la salle de réveil. Souhaitez-vous bénéficier de cette possibilité ?
  - Non
  - Oui, dans la salle d'opération jusqu'à l'induction
  - Oui, dans la salle de réveil

**J'ai lu ce questionnaire et le document « Qu'est-ce que l'anesthésie ? ». J'ai compris toutes les questions.  
Je déclare d'avoir rempli cette liste soigneusement et je donne mon accord pour l'anesthésie.**

**En cas d'une hospitalisation en régime d'hôpital de jour, je déclare d'être au courant des dispositions  
d'une hospitalisation en régime d'hôpital de jour (voir annexe).**

Pour accord,

Nom et signature du patient/représentant:	Date:
-------------------------------------------	-------

### 7.3 Coordonnées

Si vous avez des doutes ou des questions sur votre dossier d'anesthésie, vous pouvez contacter votre médecin généraliste ou le secrétariat d'anesthésie au 053/76 6242.

En cas de doute ou pour toute question en ce qui concerne le dossier d'anesthésie, vous pouvez prendre contact avec votre médecin de famille ou avec le service de garde anesthésie:

# **I Consentement éclairé GENERALE (exemplaire pour le patient)**

## **Formulaire de demande d'approbation informée**

- Je déclare d'accorder formellement la permission de faire l'intervention/la procédure/l'observation suivante:

.....  
Une hospitalisation ou une procédure ambulatoire est prévue dans l'A.S.Z. du .....  
au .....

- Le médecin m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé et le diagnostic, la nature de la maladie, l'évolution possible et complications si l'on ne recourait pas à un traitement
- Le médecin m'a clairement indiqué la nature, le but, l'importance et le déroulement de l'intervention / procédure, ainsi que le résultat escompté, les risques et les complications potentiels, les inconvénients éventuels après l'intervention, les avantages et les désavantages de l'intervention ou procédure choisies. Il m'a informé des autres types de traitements.
- J'ai été clairement averti du coût financier de l'intervention ou procédure prévues. Je suis conscient que ce coût peut être influencé par des circonstances pendant l'intervention ou procédure. Les frais mentionnés ci-dessus peuvent être mis à charge séparément des frais hospitaliers (e.a hospitalisation, séjour, soins, pharmacie, honoraires, ...) par la facture hospitalière. Je suis responsable de connaître les frais que mes polices/assurances couvrent. De plus amples renseignements se trouvent dans la déclaration d'admission.
- Je comprends que les traitement(s) suivant(s) et/ou matériel ne sont pas remboursés et je suis d'accord avec les frais supplémentaires :  
.....
- J'ai également été prévenu du fait qu'au cours de l'intervention ou la procédure, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire l'opérateur à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise, dans ces conditions, le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire en cas d'absolue nécessité.
- Je donne ma permission formelle de commander le matériel, les outils et/ou produits nécessaires pour l'intervention, le traitement, l'observation, l'opération ou procédure.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions et le médecin y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai reçu la brochure (d'accueil) et/ou le livret du patient avec les renseignements supplémentaires.
- Je suis conscient que, malgré les précautions et les efforts, que la médecine n'est pas une science exacte, que l'énumération des risques et complications n'est jamais complète et on ne peut pas conclure un contrat en ce qui concerne le résultat final de l'intervention, de l'opération ou de la procédure.
- J'accorde la permission d'utiliser de façon anonyme les radiographies, le matériel visuel et/ou le matériel corporel, les données cliniques qui ont été recueillis ou prélevés de moi à propos de l'intervention, procédure ou traitement pour l'enseignement ou pour la science, où le médecin et son équipe donnent la garantie de protéger ma vie privée. Je donne aussi mon accord au service de me contacter et d'informer pendant mon suivi ultérieur en ce qui concerne mon état de santé. \*

- Je comprends que par fatalité de service, un autre médecin de l'équipe médicale A.S.Z., avec la même expertise, peut être demandé pour réaliser cette procédure, intervention ou observation.\*
- J'autorise en cas de nécessité, l'équipe à pratiquer une transfusion sanguine. \*

\*Rayer la mention inutile

Remarque:

.....  
.....

- J'ai le droit d'annuler à tout moment mon accord pour cette intervention et/ou de poser des questions supplémentaires.

A la consultation ou pendant l'entretien préalables à l'intervention, ce document est rédigé et signé.

Prénom, nom et date de naissance du patient (ou représentant)

Date

.....

**Signature du patient (ou représentant)**











