

Original

Copie pour la deuxième hospitalisation



**A.S.Z.**  
ZIEKENHUIS

| Autonome verzorgingsinstelling



# Livret du patient

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. Veuillez 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	4
2. Consentement éclairé GENERALE	9
3. Information pour les patients	11
3.1 Avant l'admission	
3.2 Le jour de l'admission	
3.3 Documents à apporter et rasage préopératoire	
3.4 Sortie de l'hôpital	
3.5 Information sûr le coût	
3.6 Quelques règles d'hygiène	
4. Information générale	16
4.1 Coordonnées importantes	
4.2 Situation familiale	
4.3 Questionnaire personnes dépendantes	
5. Médicaments	21
5.1 Médication actuelle	
5.2 Directives : quels sont les médicaments à arrêter avant une opération	
5.3 Allergies	
6. Information médicale	26
7. Anesthésie	32
7.1 Examens à faire avant l'anesthésie	
7.2 Anesthésie	
7.3 Coordonnées	
7.4 Votre consentement Anesthésie	

# 1. A remplir par le médecin traitant

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 2 h 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**

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"/> Radiographie poumons	<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> A.S.Z. <input type="checkbox"/> .....	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Echographie	<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"/> Dépistage MSSA/MRSA (quinze jours avant les interventions avec mise en place de corps étrangers)	<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. Conseils importants en ce qui concerne l'arrêt du traitement médicamenteux avant une intervention

Prenez-vous des anticoagulants?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments immunosuppresseurs (par exemple, corticostéroïdes, DMARD, anti-TNF, ...)?

Oui  Non

Si oui, veuillez consulter le dernier rapport du médecin traitant ou du médecin prescripteur si ce traitement doit être arrêté avant l'intervention.

7

Antagonistes de la Vitamine K		
	Avis médical	Directive générale
<input type="checkbox"/> Marcoumar <sup>®</sup> (fenprocoumon)		Ne pas prendre pendant 10 jours entiers avant le jour d'opération
<input type="checkbox"/> Marevan <sup>®</sup> (warfarine)		Ne pas prendre pendant 7 jours entiers avant le jour d'opération
<input type="checkbox"/> Sintrom <sup>®</sup> (acenocoumarol)		Ne pas prendre pendant 4 jours entiers au moins avant le jour d'opération
<b>Stop médicaments suivants :..... à partir du ...../...../.....</b>		
<b>Schéma compensatoire avec Clexane/autres:</b> <input type="checkbox"/> Clexane ..... mg ..... x jour, à partir du ...../...../..... <input type="checkbox"/> Autres: .....mg ..... x par jour à partir du ...../...../.....		
<b>Dernière dose de Clexane/autres le ...../...../..... à ..... heure</b>		Administrer la dernière dose de Clexane/ autres au plus tard 24h avant l'heure d'opération prévue

Médicament anticoagulant oral direct		
	Avis médical	Directive générale
<input type="checkbox"/> Pradaxa <sup>®</sup> (dabigatran)	Dernière prise le (date): ...../...../..... à .....h	Prendre la dernière dose 48h avant l'heure d'opération prévue
<input type="checkbox"/> Xarelto <sup>®</sup> (rivarobaxan)	Dernière prise le (date): ...../...../..... à .....h	
<input type="checkbox"/> Eliquis <sup>®</sup> (apixaban)	Dernière prise le (date): ...../...../..... à .....h	
<input type="checkbox"/> Lixiana <sup>®</sup> (edoxaban)	Dernière prise le (date): ...../...../..... à .....h	

Autres anticoagulants		
	Avis médical	Directive générale
<input type="checkbox"/> Dipyridamole	Dernière prise le (date): ...../...../.....	Ne pas prendre pendant 2 jours entiers au moins avant le jour d'opération
<input type="checkbox"/> Plavix <sup>®</sup> (clopidogrel)	Dernière prise le (date): ...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Efént <sup>®</sup> (prasugrel)	Dernière prise le (date): ...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Brilique <sup>®</sup> (ticagrelor)	Dernière prise le (date): ...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Autres: ..... .....	Dernière prise le (date): ...../...../.....	

### C. Réadmission endéans les 3 mois

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

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

Cachet médecin	Date: ...../...../.....
	Signature médecin:



## | 2. Consentement éclairé GENERALE

### 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 3. Information pour les patients

### 3.1 Avant l'admission

- Lisez attentivement ce livret du patient et remplissez tout soigneusement.
- Contactez votre médecin de famille pour faire les examens préopératoires et pour compléter le livret.
- Appliquez les dispositions prises en ce qui concerne les anticoagulants et autre médication, demandez éventuellement l'avis de votre médecin de famille, pharmacien ou contactez le service d'anesthésie.
- Vérifiez, avant votre admission, si vous avez besoin d'aide pendant votre rétablissement ultérieur à domicile. 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: <https://www.asz.be/nl/patient/ziekenhuisopname/checklist>**

### 3.2 Le jour de l'admission

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

Les liquides clairs sans effervescence sont autorisés et même recommandés jusqu'à 2 heures avant l'intervention, à raison d'un verre (200 ml) maximum par heure. Les médicaments que vous pouvez encore prendre après avoir consulté votre médecin, peuvent être pris avec une petite gorgée d'eau (pas d'eau pétillante).

Par liquides clairs, nous entendons :

- Eau plate
- Aquarius
- Boissons riches en glucides
- Jus de fruits sans pulpe
- Café noir ou thé (éventuellement avec du sucre, mais sans lait).

**L'alcool est interdit !**

Le jour de l'intervention, **un petit déjeuner léger est autorisé jusqu'à 6 heures avant l'intervention.**

Par petit-déjeuner léger, nous entendons :

- Café avec du lait
- Jus de fruits avec pulpe
- Céréales

- Toasts
- Cracker avec de la confiture
- Yaourt

Si vous prenez **un petit déjeuner copieux**, vous devez le **consommer au moins 8 heures avant l'opération/ intervention**.

Par petit-déjeuner copieux, nous entendons :

- Viande
- Fromage
- Viennoiseries
- Pâte à tartiner
- Œufs
- Frites

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

**Vous devez également arrêter de fumer 6 heures avant l'intervention !**

### 3.3 Documents à apporter et rasage préopératoire

#### Documents à présenter:

- Votre carte d'identité
- Votre carte de groupe sanguin (si disponible)
- Carte avec mention des allergies ou régime
- Lettre d'envoi chirurgien/médecin de famille/dentiste (si disponible)
- Documents d'assurance hospitalisation
- Livret du patient rempli
- Apportez la médication dans l'emballage original dans un sac (+ éventuellement une attestation du médecin conseil de votre mutualité)
- Les résultats des examens préopératoires (si disponible)
- Vêtements (peignoir, pantoufles, pyjama ou chemise de nuit), aussi pour une hospitalisation d'un jour
- Nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, peigne, brosse, etc.) et lunettes, lentilles, appareil auditif.
- Béquilles/canne/autre: .....
- Bas TED
- Rasage préopératoire au niveau ..... Oui/ Non



### 3.4 Sortie de l'hôpital

Dès que possible, votre médecin qui vous aura suivi et l'infirmière en chef vous communiqueront la date probable de votre sortie. Si vous quittez l'hôpital contre avis médical, vous devez signer une déclaration.

La date et l'heure de votre sortie seront vous communiquées à temps. En principe, la sortie s'effectuera dans la mesure du possible dans la matinée. Veuillez tenir compte avec ceci pour régler votre transport.

Votre médecin traitant recevra un rapport d'hospitalisation par voie électronique. Le jour du départ, vous recevrez toutes les prescriptions médicales, formulaires d'assurance hospitalisation remplis et les informations nécessaires à la poursuite de votre traitement.

Tenez compte avec les points suivants pendant ou après votre sortie :

- N'oubliez pas de mettre au courant votre famille.
- Réglez votre transport à temps.
- Veuillez avertir votre mutualité si vous êtes toujours en incapacité de travail après votre séjour à l'hôpital.

### 3.5 Information sùr le coût

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

##### A. Les frais de séjour

Les frais de séjour sont des frais qui sont directement liés à votre séjour hospitalier. 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. La quote-part personnelle (ou ticket modérateur) d'un assuré ordinaire sans personnes à charge s'élève à:

Chambre	1er jour	2 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> jour	Après 91 <sup>e</sup> jour
Chambre individuelle	€ 46,69	€ 19,42	€ 19,42
	Supplément chambre: € 75/jour Supplément honoraires: 150% sur les examens, traitements et surveillance (sauf chirurgie esthétique 300%).		
Chambre commune	€ 46,69	€ 19,42	€ 19,42
	Forfait séjour: € 7,25/jour Forfait séjour hôpital de jour: € 4,25 Pas de suppléments d'honoraires		

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 (sauf: service de Soins intensifs, Soins palliatifs et 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. 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). Si le médecin utilise ce matériel, il vous en informera avant. 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. La facture se compose toujours de 2 exemplaires. 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 ?*

Vous pouvez toujours contacter le service de facturation si vous souhaitez de plus amples renseignements sur les coûts hospitaliers. N'hésitez pas à contacter le service de facturation pour demander une estimation plus personnalisée.

Contactez le service par téléphone ou par courriel:

T 053 76 68 59 T 053 76 68 60 CE facturatie@asz.be

**Attention! Les estimations du coût sont seulement à titre indicatif et ne sont pas du tout contraignantes. Le coût réel final peut varier.**

*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.

*8. Vous trouverez toutes les informations sur [www.asz.be](http://www.asz.be)*

### **3.6 Quelques règles d'hygiène**

- La veille de l'intervention ou le matin de votre admission, prenez une douche.
- Coupez et curez-vous les ongles, retirez si nécessaire tout vernis à ongles et ongles en gel.
- Le matin de votre intervention, ne vous maquillez pas ou n'appliquez pas de crème hydratante sur le corps.
- Retirez l'ensemble des bijoux que vous portez (alliance/bague, boucles d'oreilles, montre, piercing, etc.)
- Retirez vos lentilles ou lunettes, appareil auditif, prothèse dentaire, pince à cheveux, peigne avant l'intervention.

# I 4. Information générale

## 4.1 Coordonnées importantes

<p><b>Voulez-vous un représentant?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>Personne à contacter 1:</b></p>
Nom: .....
Parenté: .....
Numéro de téléphone: .....
<b>Personne à contacter 2:</b>
Nom: .....
Parenté: .....
Numéro de téléphone: .....
<b>Médecin de famille:</b>
Nom: .....
Adresse: .....
Numéro de téléphone: .....
<b>Pharmacien de référence</b> (le pharmacien qui vous fournit votre médication le plus souvent?):
Nom: .....
Adresse: .....
Numéro de téléphone: .....
<b>Coordonnées maison de repos ou autre résidence</b> (si applicable):
Nom: .....
Adresse: .....
Numéro de téléphone: .....



## 4.2 Situation familiale

En général, une hospitalisation et un évènement important et en général d'une durée assez courte. Vous pouvez avoir des questions ou problèmes qui sont probablement difficiles à résoudre tout seul. Peut-être par votre situation familiale, votre travail, le déroulement de votre maladie, votre sortie de l'hôpital ou vous avez peut-être besoin d'aide à domicile. Pour avoir une réponse à vos questions, vous pouvez toujours contacter le service social. Le service social est à votre disposition afin de vous accompagner dans des démarches sociales ou administratives (mutuelle, chômage...) et préparer la sortie de l'hôpital (aide à domicile, convalescence, repas à domicile...).

Demandez ceci **avant votre admission** à l'hôpital. Le service social est à votre disposition !  
Même pendant votre séjour à l'hôpital, vous pouvez demander un entretien avec l'assistant(e) social(e).

Souhaitez-vous une intervention du service social?  Oui  Non

### Situation familiale:

- Seul(e)  Résidence service  
 En couple avec enfants  Maison de repos  
 Ces personnes sont capables de vous aider?  Oui  Non  Autre résidence

Est-ce que vous faites déjà appel aux soins à domicile?  Oui  Non

Est-ce que vous avez demandé des soins à domicile avant et après l'opération?  Oui  Non

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide de la famille pour: .....                    | ..... jours / semaine |
| <input type="checkbox"/> Soins à domicile par: .....                       | ..... jours / semaine |
| <input type="checkbox"/> Repas à domicile par: .....                       | ..... jours / semaine |
| <input type="checkbox"/> Service de nettoyage par: .....                   | ..... jours / semaine |
| <input type="checkbox"/> Aide familiale ou aide personnes âgées par: ..... | ..... jours/ semaine  |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie: .....                             | ..... jours / semaine |
| <input type="checkbox"/> Autre: .....                                      | ..... jours / semaine |

**Service social:**

Les jours ouvrables de 8h30 - 12h et de 13h - 17h.

**Personnes à contacter au service social:****Site Alost**

Madame Veronique Capiou | 053/76 40 41 | veronique.capiou@asz.be

Madame Nele Beirens (Orthopédie) | 053/76 40 47 | nele.beirens@asz.be

Madame Joyce De Muylder (Urologie et Chirurgie abdominale) | 053/76 40 78 | joyce.demuylder@asz.be

Pour une liste complète de tous les collaborateurs : <https://www.asz.be/nl/patient/patientenbegeleiding-en-educatie/sociale-dienst>

**Site Grammont**

Madame Liesbeth Chavatte | 054/43 22 02 | liesbeth.chavatte@asz.be

Madame Veerle Poelaert | 054/43 22 19 | veerle.poelaert@asz.be

Madame Katherine De Martelaer | 054/43 22 34 | katherine.demartelaer@asz.be

**Site Wetteren**

Madame Brenda Watté | 09/368 82 17 | brenda.watte@asz.be

Madame Karolien De Wint | 09/368 82 28 | karolien.dewint@asz.be

Madame Lien Callant | 09/368 82 16 | lien.callant@asz.be

**Pensez également à:**

- Qui soigne vos animaux domestiques pendant votre séjour à l'hôpital et pendant la convalescence à domicile ?
- Aviez-vous de la famille qui peut faire vos tâches ménagères ? Si non, qui peut vous aider ?
- Traitement éventuel par un kinésithérapeute après votre séjour.
- Soins à domicile après votre séjour.

Informez ces personnes avant votre séjour à l'hôpital afin qu'elles soient prêtes à vous accueillir à votre retour à la maison.

**L'hôpital a également un centre de réadaptation au site Alost et Wetteren.****Coordonnées:**

Réadaptation site Alost

Madame Indra Goossens | 053/76 58 43 | indra.goossens@asz.be

Réadaptation site Wetteren

Madame Michele Coppens | 09/368 83 77 | michele.coppens@asz.be

### 4.3 Questionnaire personnes dépendantes

<b>Etat physique</b>				
<b>Audition:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> médiocre	<input type="checkbox"/> mauvais	<input type="checkbox"/> surdité
<b>Yeux:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> médiocre	<input type="checkbox"/> mauvais	<input type="checkbox"/> aveugle
<b>Parole:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> difficile à comprendre	<input type="checkbox"/> incompréhensible	
<b>Mémoire</b>				
Est-il question d'une confusion anormale ou troubles de la mémoire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Si oui: <input type="checkbox"/> parfois confus <input type="checkbox"/> toujours confus				
Est-ce que vous avez déjà eu une période passagère d'une confusion anormale? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Est-ce que vous avez déjà eu un test de mémoire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Si oui, où? .....				
Est-il question d'un changement du comportement récent ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Si oui, lequel? .....				
<b>Utilisez-vous un de ces dispositifs ci-dessous?</b>				
<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> aides à la marche	<input type="checkbox"/> rehausseur WC	
<input type="checkbox"/> prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> chaise roulante	<input type="checkbox"/> chaise-toilettes	<input type="checkbox"/> appareil auditif	
<input type="checkbox"/> autres: .....				
<b>Autre information</b>				
Combien de fois êtes-vous tombé l'année passée? .....				
Est-ce que vous êtes inscrit sur une liste d'attente d'une maison de repos?				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne s'applique pas				
Avez-vous été hospitalisé ces 3 derniers mois? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Si oui, pourquoi:				
.....				
.....				
Un testament a été établi ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne s'applique pas				
Si oui, où est le testament à consulter? .....				
<b>Autres remarques ?</b> (par exemple des soins spécifiques)				
.....				
.....				

## 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

### Aller aux toilettes:

- indépendant
- avec de l'aide partielle (s'asseoir ou déplacer)
- tout à fait dépendant

### Déplacements:

- indépendant
- avec de l'aide partielle
- tout à fait dépendant
- sédentaire
- alité(e)

### Continence:

- peut assurer sa continence tant au niveau urinaire que fécal
- a parfois un petit accident tant au niveau urinaire que fécal (incontinence accidentelle)
- incontinence urinaire
- incontinence fécale

### Dispositifs médicaux pour traiter l'incontinence:

- rien
- protège-slip
- couche
- culotte
- cathéter condom

### Alimentation:

- mange sans aide
- de l'aide pour manger
- aide pour la préparation des repas
- tout à fait dépendant

## | 5. Médicaments

Pour votre propre santé, il est très important de remplir **correctement et de plus complètement possible** ce dossier. Demandez de l'aide à votre médecin de famille ou votre pharmacien.

21

### 5.1 Médication actuelle

Il est nécessaire que le personnel soignant dispose d'une liste de tous vos médicaments que vous prenez 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 votre traitement sans erreur.

Veillez inscrire tous vos médicaments sur le tableau ci-dessous ou demander une liste à votre pharmacien. Pensez aussi aux médicaments suivants :

- Les médicaments non-soumis à prescription médicale (par exemple vitamines, plantes, homéopathie, compléments alimentaires...)
- Les médicaments que vous prenez seulement 1 x par semaine, 1 par mois ou au besoin (par exemple antidouleurs, cortisone, médication contre l'ostéoporose, médicament antimycosique, ...)
- Insulines, inhalations, patch, gouttes oculaires, somnifères, pilule, ...
- Prise récente d'antibiotiques ?

Dans le tableau, votre médecin traitant ou le médecin de famille va préciser le médicament à arrêter éventuellement si vous devez subir une opération.

Apportez une quantité de vos médicaments actuels dans l'emballage original (pas de tablettes en vrac) et utilisez le sac de médicaments. N'oubliez pas vos médicaments dans le frigo (par exemple insuline) ! Si vous prenez un médicament nécessitant une attestation du médecin conseil, il est indiqué de faire une copie de ceci et de mettre dans le sac de médicaments. A l'admission, vous transmettez les médicaments au personnel soignant qui vous accompagne pendant votre hospitalisation.

**Ce document est rempli par:**

- Vous-même       Famille       Soins à domicile  
 Médecin de famille    Pharmacien    Maison de repos

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

Nom du médicament			Moment de prise + nombre					A arrêter avant l'opération?
Nom		Forme (comprimé,	A jeun	Petit-déjeuner	Midi	Soir	Avant le coucher	A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT/MEDECIN DE FAMILLE
<b>A PRENDRE PAR VOIE ORALE</b>								
<i>Dafalgan</i>	<i>500 mg</i>	<i>effervescent</i>		<i>1</i>			<i>1</i>	<i>Par exemple</i>
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
								<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN:								

A INJECTER (par exemple Insuline, Clexane,...)										
										<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
										<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
										<input type="checkbox"/> stop la veille de l'intervention <input type="checkbox"/> stop > 24 h avant l'opération <input type="checkbox"/> stop à partir du ...../...../.....
AUTRES (par exemple patch, pommade, gouttes oculaires, gouttes nasales,...)										
NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN:										
<b>REMARQUES? (par exemple arrêt récent d'un traitement, prise sporadique de certains médicaments,...)</b> ..... ..... ..... .....										

## 5.2 Directives : quels sont les médicaments à arrêter avant une opération

Ci-dessous, vous trouverez un résumé des médicaments à arrêter avant une opération. Cette liste des marques ci-après est non limitative. C'est la raison pour laquelle on vous conseille de vous faire assister par votre **médecin de famille** pour déterminer quel médicament est à arrêter et quand. Il est très important de bien suivre ces directives et d'arrêter à temps la médication pour un bon déroulement de votre hospitalisation.

NOM MEDICAMENT	DERNIERE DOSE
<b>Inhibiteurs MAO</b> Nardelzine® (fenelzine) Aurorix® (moclobemide) Moclobemide Mylan/Sandoz	2 semaines avant l'opération
<b>Compléments alimentaires</b> Millepertuis	1 semaine avant l'opération
<b>Antidiabétiques</b> Glucophage® (metformine) Metformax® (metformine) Metformine Mylan/Sandoz  Autres antidiabétiques oraux Insulines	au moins 24h avant l'opération au moins 24h avant l'opération au moins 24h avant l'opération  la veille de l'opération la veille de l'opération
<b>Diurétiques</b>	la veille de l'opération
<b>Inhibiteurs ACE, sartanes, antagonistes du système rénine</b>	la veille de l'opération
<b>Lithium</b> Camcolit® Maniprex® Priadel®	la veille de l'opération
<b>Fibrates et résines échangeuses d'anions</b> Lipanthyl® Fenosup® Cedur® Questran® Eulitop® Cholestid® Ciprofibrat® Fenofibrat® Hyperlipen® Fenogal®	la veille de l'opération
<b>Anticoagulants</b>	Voir les directives du médecin traitant, page 7-8 dans ce livret



### 5.3 Allergies

Avez-vous déjà présenté des allergies et/ou intolérances:

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	Oui – Non
Lequel? .....	
Médicaments	Oui – Non
Lequel? .....	
Alimentation ou autre	Oui – Non
Lequel? .....	
Autres? .....	
.....	
.....	
Si vous êtes allergique, décrivez la réaction allergique (par exemple démangeaisons, urticaire, enflure, asthme,...)	
.....	
.....	

## I 6. Information médicale

Remplissez, entourez la réponse qui convient et expliquez si possible.

### 6.1 Données générales

Age: ..... ans Taille: ..... cm Poids: ..... kg

Sexe:  femme  homme

Groupe:  A  B  O  AB Rhésus:  Positif  Négatif

### 6.2 Habitudes

Fumez-vous? <i>Combien? ..... par jour</i> <i>Depuis combien d'années ? ..... ans</i>	Oui – Non (Si oui: le jour de l'intervention il est interdit de fumer)
Vous vous êtes arrêté de fumer? <i>Quand? ..... ans</i>	Oui – Non
Consommez-vous de l'alcool? ..... verres par jour. ..... verres par semaine.	Oui - Non
Consommez-vous d'autres drogues (drugs)? <i>Lesquelles?</i>	Oui – Non
<b>Les drogues peuvent provoquer des situations critiques pendant l'anesthésie et l'intervention. Par sécurité, il faut prévenir l'anesthésiste à ce que vous prenez !</b>	

### 6.3 Avez-vous ...?

Un dentier?	Oui – Non
Des dents branlantes? <i>Lesquelles?</i>	Oui – Non
Des lentilles de contact ?	Oui – Non
Une audioprothèse?	Oui – Non
Des piercings?	Oui – Non <i>(Si oui, enlevez les piercings déjà à la maison)</i>
Des ongles artificiels / ongles en gel?	Oui – Non <i>(Si oui, enlevez les piercings déjà à la maison)</i>
Un pacemaker?	Oui – Non
Une pompe pour le traitement de la douleur?	Oui – Non

**6.4 Traitements récents**

Avez-vous eu un traitement (récent) chez votre médecin de famille ou chez un spécialiste pour une pathologie spécifique? <span style="float: right;">Oui – Non</span>		
Si oui, laquelle?		
Date (année)	Pathologie / opération	Quel médecin / spécialiste?

**6.5 Hospitalisations précédentes**

Avez-vous déjà été hospitalisé ou opéré dans un hôpital? <span style="float: right;">Oui – Non</span>			
Si oui:			
Date (année)	Pathologie/opération	Anesthésie	Hôpital
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale (bloc) <input type="checkbox"/> Locale	
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale (bloc) <input type="checkbox"/> Locale	
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale (bloc) <input type="checkbox"/> Locale	
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale (bloc) <input type="checkbox"/> Locale	
		<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> Régionale (bloc) <input type="checkbox"/> Locale	
Avez-vous eu des nausées après l'anesthésie?		Oui – Non	
Avez-vous eu des problèmes avec l'anesthésie?		Oui – Non	
Si oui, lesquels: .....			
.....			

## 6.6 Le mal des transports

Souffrez-vous du mal des transports?	Oui – Non
--------------------------------------	-----------

## 6.7 Antécédents familiaux

Un membre de votre famille a-t-il déjà présenté des problèmes pendant une anesthésie?	Oui – Non
Avez-vous quelqu'un de la famille qui souffre d'anomalies congénitales?	Oui – Non

## 6.8 Maladies au niveau de la nuque, du cou et de la bouche

Votre orifice buccal, est-il assez grand? <i>Vous pouvez contrôler ceci en essayant si vous pouvez introduire deux doigts, l'un sur l'autre, dans votre orifice buccal.</i>	Oui – Non
Pouvez-vous bien bouger votre tête dans toutes les directions?	Oui – Non
Souffrez-vous de douleurs dans la nuque, les épaules ou les bras en bougeant votre tête?	Oui – Non

## 6.9 Maladies contagieuses

Souffrez-vous d'une maladie contagieuse (par exemple HIV)?	Oui - Non
<i>Laquelle? .....</i>	

## 6.10 Maladies des poumons et des voies respiratoires

Avez-vous une respiration sifflante?	Oui – Non
Souffrez-vous d'asthme ou du rhume des foins?	Oui – Non
Avez-vous une bronchite chronique?	Oui – Non
Suivez-vous (ou avez-vous suivi) un traitement pour une maladie pulmonaire?	Oui – Non
<i>Laquelle? .....</i>	
Avez-vous eu un rhume (ce dernier mois)?	Oui – Non
Souffrez-vous d'un syndrome d'apnée du sommeil? <i>Veillez apporter votre appareil à l'hôpital.</i>	Oui – Non

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

Éprouvez-vous une douleur ou une sensation aiguë au bras ou à la poitrine lorsque vous faites des efforts?	Oui – Non
Avez-vous des palpitations?	Oui – Non
Avez-vous un souffle au cœur?	Oui – Non
Avez-vous parfois les pieds gonflés?	Oui – Non
Dormez-vous à moitié assis?	Oui – Non
Etes-vous en mesure de faire des travaux domestiques?	Oui – Non
Pouvez-vous monter deux étages d'escaliers sans problème?	Oui – Non
Pouvez-vous travailler une heure dans le jardin sans problème?	Oui – Non
Etes-vous capable de faire un grand effort ? (faire 5 km à bicyclette, un sport récréatif ?)	Oui – Non
Avez-vous suivi un traitement pour des maladies du cœur?	Oui – Non
Avez-vous déjà eu une phlébite?	Oui – Non
Avez-vous déjà eu une maladie vasculaire?	Oui – Non
Votre tension artérielle normale est de ...../.....mm Hg	

**6.12 Diabète**

Est-ce que vous souffrez de diabète?	Oui – Non
<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	
Si oui:	
Depuis quand? .....	
Depuis quand vous prenez la médication pour le diabète? .....	
Prenez-vous de l'insuline?	Oui – Non
Avez-vous une pathologie spécifique due au diabète?	Oui – Non
Si oui, laquelle? .....	

**6.13 Maladies des reins**

Etes-vous un patient en dialyse rénale?	Oui – Non
Suivez-vous un traitement pour une maladie rénale?	Oui – Non
Laquelle? .....	

### 6.14 Problèmes de coagulation du sang

Est-ce que vous prenez des médicaments qui influencent la coagulation?	Oui – Non
Est-ce que vous avez facilement des bleus sans raison apparente?	Oui – Non
Est-ce que vous avez déjà dû consulter un médecin pour un saignement du nez?	Oui – Non
Est-ce qu'il y a des maladies ou anomalies congénitales dans votre famille?	Oui – Non
<i>Si oui, lesquelles?</i> .....	

### 6.15 Maladies du système digestif et du foie

Souffrez-vous de brûlures d'estomac?	Oui – Non
Est-ce que vous avez déjà eu un ulcère gastrique?	Oui – Non
Souffrez-vous de problèmes de déglutition?	Oui – Non
Souffrez-vous de nausées ou de vomissements?	Oui – Non
Avez-vous suivi un traitement pour la jaunisse?	Oui – Non
<i>Quel type?</i> .....	
Est-ce que vous avez eu des problèmes de foie?	Oui – Non

### 6.16 Maladies du système nerveux

Souffrez-vous d'épilepsie ou de maladie tombante?	Oui – Non
Avez-vous déjà été chez un neurologue ou psychiatre?	Oui – Non
Sentez-vous des picotements, frissons ou une insensibilité aux membres?	Oui – Non
<i>Si oui, où?</i> .....	

### 6.17 Maladies du système locomoteur et dos

Avez-vous parfois mal au dos?	Oui – Non
Si oui, est-ce que vous ressentez aussi des douleurs dans les jambes?	Oui – Non
Avez-vous du rhumatisme ou de l'arthrite?	Oui – Non
Avez-vous une prothèse de hanche, de genou ou d'épaule?	Oui – Non

### 6.18 Les yeux

Avez-vous été/êtes-vous traité pour une maladie aux yeux?	Oui – Non
Si oui, laquelle: .....	

### 6.19 La grippe

Avez-vous eu la grippe récemment (le dernier mois)?	Oui – Non
---	-----------

### 6.20 Patiente uniquement

Etes-vous enceinte?	Oui – Non
---------------------	-----------



### 6.21 Information complémentaire

Est-ce que vous avez encore quelque chose à ajouter?	Oui – Non
Si oui, expliquez: .....	
.....	
.....	
.....	

# | 7. Anesthésie

Ceci s'applique uniquement si vous devez subir une opération

## 7.1 Examens à faire avant l'anesthésie

Contactez votre médecin de famille pour faire les examens préopératoires. Apportez les résultats de ces examens le jour de votre hospitalisation. *Voir aussi le tableau: page 6 dans ce livret et <https://kce.fgov.be/fr/publications/newsletter/kce-medicine-generale-06/quels-sont-les-examens-preoperatoires-necessaires-pour-votre-patient> (disponible via le code QR à côté).*



## 7.2 Anesthésie

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.

### 7.2.1 Anesthésie générale

Cette technique d'anesthésie vous rend inconscient et insensible à la douleur. Cela nécessite l'administration de médicaments qui agissent sur le cerveau. On administre ceci 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, vous serez 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 étendues. La sédation est une anesthésie générale plus légère.

### 7.2.2 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.

### 7.2.3 L'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 votre sécurité.



Une attention particulière sera donnée aux médicaments que vous prenez. 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 viendra vous voir la veille de votre 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 vous voir avant l'intervention

#### 7.2.4 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 asthme. 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 vous être administré afin de vous soulager.

**Douleur post-opératoire:** il persiste différentes techniques qui permettent d'atténuer la douleur. L'anesthésiste vous fournira des renseignements pour vous aider 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. Nous vous demandons donc de ne pas conduire un véhicule, ni de faire un travail dangereux ou de prendre des décisions importantes dans les 24 h après une anesthésie. Il est également interdit de boire d'alcool.

**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. Vous pouvez en parler avec votre anesthésiste.

### 7.3 Coordonnées

En cas de doute ou pour toute question en ce qui concerne votre anesthésie, vous pouvez prendre contact avec votre **médecin de famille** ou avec le **secrétariat d'anesthésie** (053/76 62 42).

## 7.4 Votre consentement Anesthésie

Votre anesthésiste vous informera de type d'anesthésie 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.

Votre consentement pour l'anesthésie et confirmation que vous avez tout lu et demandé:

1. Vous prenez seulement les médicaments prescrits par un médecin et ce 24 h après l'intervention.
2. Vous restez sous surveillance d'une personne responsable les premières 24 h après l'opération.
3. Lors d'une hospitalisation d'un jour, vous donnez votre accord pour une hospitalisation éventuelle dans l'hôpital si ceci s'impose.
4. Vous ne pouvez pas conduire un véhicule pendant 24 h après l'opération (vous n'êtes pas assuré lors d'un accident), ni signer des documents importants.
5. Vous devez vous abstenir de manger et de fumer 6 heures avant l'intervention. Les liquides clairs sans effervescence sont autorisés jusqu'à 2 heures avant l'intervention, à raison d'un verre (200 ml) maximum par heure. Pour un examen ou intervention gastro-entérologique, il peut y avoir d'autres dispositions. Le médecin traitant vous fournira des renseignements supplémentaires. 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 vous êtes dans ce cas, veuillez d'abord consulter un médecin pour connaître les principes de jeûne corrects. *Vous trouverez plus d'informations sur la façon de boire et de manger à la page 11 (3.2 le jour de l'admission).*
6. 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 ou de la procédure.
7. J'ai eu l'occasion de poser des questions supplémentaires à un anesthésiste.

Pour accord,

<b>Nom et signature du patient:</b>	<b>Date:</b>
-------------------------------------	--------------

# | **Consentement éclairé GÉNÉRALE**

## **(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)**



# | Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



