

# LIVRET D'ACHÈVEMENT QUESTIONNAIRE PRÉOPÉRATOIRE HOSPITALISATION

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Madame, Monsieur,

Vous serez très bientôt admis(e) à l'hôpital AZ Monica pour une intervention, un examen ou un traitement. Lors de votre consultation, vous avez reçu ce livret. **Nous vous prions de le lire attentivement et de remplir les formulaires.** Nous serons alors en mesure de préparer correctement votre séjour et d'améliorer la qualité de nos services.

Utilisez ce livret, et la brochure de bienvenue générale, comme guide pour votre hospitalisation. **Apportez-le dûment rempli** à l'hôpital au moment de votre admission, de votre consultation préliminaire ou de vos examens préopératoires.

En plus de ce livret, vous recevrez également plusieurs fiches d'information et/ou brochures. Ces documents sont également disponibles sur notre site web : [www.azmonica.be](http://www.azmonica.be). Pour plus d'informations, vous pouvez bien entendu toujours contacter votre médecin traitant spécialiste.

L'AZ Monica se compose de deux campus. Vérifiez toujours sur quel campus vous êtes attendu(e) pour votre intervention, examen ou traitement :

- Campus Anvers**  
Harmoniestraat 68  
2018 Anvers  
T 03 240 20 20
- Campus Deurne**  
Florent Pauwelslei 1  
2100 Deurne  
T 03 320 50 00

## Complétude de ce livret

### Anamnèse admission :

En ordre – Pas en ordre

### Anamnèse intervention :

En ordre – Pas en ordre – N/A

### Schéma de médication :

En ordre – Pas en ordre

### IC général :

En ordre – Pas en ordre

### IC traitement et sang :

En ordre – Pas en ordre

### IC anesthésie :

En ordre – Pas en ordre

# Pour préparer votre hospitalisation

## I. EXAMENS PRÉLIMINAIRES À VOTRE ADMISSION

Les examens préopératoires sont une partie nécessaire de la préparation à une intervention chirurgicale. Les examens requis dépendent de votre *âge*, du type de *chirurgie* et de votre état de *santé*. Votre médecin traitant, votre médecin de famille et vous pouvez retrouver les examens nécessaires dans le schéma proposé sur la partie du site web réservée à az monica > l'anesthésie > examens préopératoires > ou encore en scannant le code QR ci-contre.

QR-code



Deux options s'offrent à vous pour régler les examens préopératoires :

**Option 1** votre **médecin** traitant détermine lui-même les examens ou la/les consultation(s) chez un spécialiste qui sont nécessaires dans votre cas et il vous fournit les prescriptions à ces fins. Pour planifier ces examens/consultation(s), veuillez prendre rendez-vous à **l'hôpital** par téléphone, pendant les heures de bureau, via les coordonnées suivantes :

- Rendez-vous, campus Anvers : **T 03 240 28 01**
- Rendez-vous, campus Deurne : **T 03 320 50 05**

Pour une consultation chez un médecin spécialiste (p.ex. cardiologue, pneumologue...), nous vous recommandons de faire appel à votre médecin spécialiste habituel, même s'il n'est pas rattaché à notre hôpital. Votre propre médecin spécialiste connaît mieux votre dossier médical et est donc le mieux placé pour préparer votre admission. Si vous n'êtes suivi(e) par aucun médecin spécialiste, nos spécialistes se tiennent à votre disposition. Vous pouvez prendre rendez-vous via le numéro de téléphone ci-dessus.

**Option 2** votre médecin traitant vous renvoie à votre **médecin de famille** pour effectuer des examens préopératoires, qui veillera alors à vous faire passer les examens requis. Prenez, pour ce faire, contact avec votre médecin de famille directement et à temps et planifiez votre rendez-vous avec lui au moins 2 semaines avant votre admission à l'hôpital. Dans la suite de ce dossier, vous trouverez une page à remplir par le médecin de famille (appelée « informations pour le médecin de famille », voir p.13 et 14), que vous pouvez faire compléter lors de votre consultation. Vous pouvez également, au besoin, parcourir le schéma de médication et les autres formulaires avec votre médecin de famille.

### **IMPORTANT !**

Si vous préférez passer vos examens chez votre médecin de famille ou chez un spécialiste qui n'est pas rattaché à l'AZ Monica, veuillez apporter tous les résultats et rapports lors de votre admission et lors de votre consultation préopératoire chez l'anesthésiste. Il est essentiel que toutes les informations soient disponibles pour qu'elles puissent être consultées par votre anesthésiste et par le personnel infirmier. Si vous n'apportez pas ces documents, votre intervention, votre examen ou votre traitement pourrait être reporté.

## II. CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE AU SEIN DU SERVICE D'ANESTHÉSIE

Une consultation préopératoire en anesthésie est possible, mais s'avère souvent superflue, par exemple si votre état de santé général est bon et que vous subissez seulement une intervention chirurgicale mineure ou intermédiaire. Une consultation/un contact préopératoire est toutefois **nécessaire** dans les cas suivants :

- vous répondez « oui » à au moins une des cinq questions de la check-list pour le contrôle préopératoire (voir p. 9 de ce dossier, au début de l'« anamnèse avant intervention »);
- votre médecin traitant ou votre médecin de famille estime qu'une consultation préopératoire est conseillée;
- vous préférez personnellement consulter un anesthésiste avant votre intervention chirurgicale.

Trois possibilités s'offrent à vous pour arranger la consultation :

- votre médecin traitant planifie votre consultation dans le planificateur (Ultragenda) des consultations préopératoires;
- votre médecin traitant, votre médecin de famille ou vous prenez rendez-vous par téléphone, pendant les heures de bureau, pour une consultation préopératoire à l'hôpital, **via les coordonnées mentionnées ci-dessus**;
- si une consultation préopératoire était requise, mais qu'elle n'a pas eu lieu pour quelque raison que ce soit, vous pouvez exceptionnellement recevoir la visite de l'anesthésiste dans votre chambre, entre le moment de votre admission et le moment de votre intervention chirurgicale.

Si'il vous reste des questions spécifiques relatives à l'anesthésie, veuillez prendre contact avec le service correspondant :

- |                               |                |  |
|-------------------------------|----------------|--|
| • Anesthésie, Campus Anvers : | T 03 240 22 78 | E <a href="mailto:secranesthesieca@azmonica.be">secranesthesieca@azmonica.be</a> |
| • Anesthésie, Campus Deurne : | T 03 320 60 66 | E <a href="mailto:secranesthesiecd@azmonica.be">secranesthesiecd@azmonica.be</a> |
|                               | T 03 320 56 43 | (= administration anesthésie CD)   |

Avant de vous présenter pour une consultation préopératoire, assurez-vous d'avoir rempli ce dossier préopératoire de la manière la plus complète possible et d'avoir effectué les examens préopératoires requis (et donc d'emporter tous les résultats d'examens que vous avez passés en dehors de notre hôpital).

## III. POLITIQUE PRÉOPÉRATOIRE POUR LA MÉDICATION À DOMICILE ET MESURES EN CAS DE MÉDICATION INFLUENÇANT LA COAGULATION

Si vous prenez des médicaments, notamment des médicaments qui influent sur la coagulation, il peut s'avérer nécessaire que vous arrêtiez ces médicaments et, parfois, que vous les remplaciez par d'autres. Votre médecin traitant, votre médecin de famille ou vous trouverez toutes les informations à ce sujet sur la partie du site web réservée à az monica > l'anesthésie > examens préopératoires > ou encore en scannant le code QR ci-contre.

code QR



#### **IV. SERVICE SOCIAL**

Chaque service de l'hôpital dispose d'un travailleur social ou d'un(e) infirmier/infirmière social(e). Vous pouvez toujours demander à parler à un membre de notre équipe sociale. Ce service est gratuit.

- Service social, Campus Anvers : T 03 240 20 20 E [socialedienstca@azmonica.be](mailto:socialedienstca@azmonica.be)
- Service social, Campus Deurne : T 03 320 50 00 E [socialedienstcd@azmonica.be](mailto:socialedienstcd@azmonica.be)

#### **V. PLANIFICATION D'HOSPITALISATIONS**

Veillez contacter le service de planification des hospitalisations par téléphone entre 14 h et 16 h, un jour ouvrable avant votre admission. N'hésitez pas à contacter ce service pour toute question relative à votre choix de chambre, l'heure de votre intervention ou pour tout renseignement complémentaire. Si vous devez annuler votre hospitalisation, veuillez nous en informer à temps.

- Service Planification d'hospitalisations : T 03 320 50 08  
lu – ve 07.30h – 16.00h

*Exemption: Si vous êtes admis pour une intervention ophtalmologique, veuillez prendre directement contact avec le secrétariat de la clinique ophtalmologique avant votre admission.*

- Secrétariat Clinique ophtalmologique : T 03 320 50 20

#### **VI. HOSPITALISATIEVERZEKERING**

Contactez votre assurance hospitalisation ou votre mutuelle avant votre admission à l'hôpital et informez votre assureur de votre hospitalisation dans notre hôpital.

# Le jour de votre admission

## I. ARRIVÉE À L'HÔPITAL

En plus de ce livret dûment rempli, veuillez vous munir des éléments suivants :

- résultats des éventuels examens préliminaires que vous avez passés;
- carte d'identité électronique;
- carte de groupe sanguin (si vous en avez une);
- carte d'allergies (si vous en avez une);
- lettre de référence de votre médecin et documents médicaux éventuels;
- informations de votre assurance hospitalisation;
- carte de paiement pour régler l'éventuel acompte ou devis.  
**Attention!** Si vous êtes assuré(e) auprès d'une mutualité belge, vous devez uniquement payer un acompte pour votre admission en chambre simple avec nuitée. Si vous n'êtes pas assuré(e), un devis doit être établi;
- la trousse médicale contenant les médicaments que vous prenez habituellement, dans leur emballage d'origine;
- affaires de toilette (p.ex. gants de toilette, brosse à dents), sous-vêtements, éventuellement un peignoir, vêtements confortables, pantoufles (de préférence fermées et antidérapantes). Ces éléments sont également requis pour les hospitalisations de jour;
- équipements d'aide éventuels : lunettes, appareil auditif, béquilles, cadre de marche,...
- si vous en avez déjà et qu'ils sont requis pour votre intervention, apportez vos bas anti-thrombose (bas TED), votre ceinture ventrale, spica, attelle,...

## II. RÈGLES RELATIVES AU JEÛNE

Si vous vous faites opérer pendant votre admission ou si vous êtes soumis à un examen/traitement sous sédation, vous devez être à jeun. Cela implique :

	Adultes	Enfants
6 h avant intervention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de nourriture solide</li><li>• Ne plus fumer</li><li>• Autorisés : boissons limpides non pétillantes (p.ex. eau plate, eau sucrée, jus de pomme clair, thé ou café sans lait) &gt; Max. 1 verre/tasse par heure !</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de nourriture solide</li><li>• Plus de nourriture au biberon</li><li>• Autorisé : allaitement, eau plate, jus de pomme clair &gt; Max. 1 verre/tasse par heure !</li></ul>
4 h avant intervention		<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de nourriture solide</li><li>• Plus de nourriture au biberon</li><li>• Plus d'allaitement</li><li>• Autorisé : eau plate &gt; Max. 1 verre/tasse par heure !</li></ul>
2 h avant intervention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de nourriture solide</li><li>• Plus de boissons</li><li>• Ne plus fumer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de nourriture solide</li><li>• Plus de nourriture au biberon + plus d'allaitement</li><li>• Plus de boissons</li></ul>

**IMPORTANT!** Respectez ces consignes en cas d'anesthésie générale ou locorégionale ou sédation. Le non-respect de ces consignes peut mettre votre vie en danger et entraînera le report de votre intervention ou de votre examen!

### **Exception:**

Vous ne devez **pas être à jeun** si vous êtes admis pour une intervention ophtalmologique sous **anesthésie locale**, combinée ou non à une sédation légère.

### **III. AVANT VOTRE INTERVENTION** **(uniquement si vous devez subir une intervention chirurgicale)**

Veillez particulièrement aux éléments suivants en termes d'**hygiène** :

- Éliminez le vernis et le gel à ongles et veillez à ce que vos ongles soient courts et propres;
- Retirez vos piercings;
- Prenez un bain ou une douche avant l'intervention (sauf instructions contraires du médecin traitant, un savon normal suffit). Insistez particulièrement sur les plis de la peau (aisselle, aines...) et n'oubliez surtout pas votre nombril. Lavez-vous les cheveux avec un shampoing normal. Brossez-vous les dents;
- Faites, de préférence, soigner les caries et les abcès par votre dentiste avant l'intervention;
- Prévenez votre médecin si vous souffrez d'infections.

**Autres éléments à prendre en compte:**

- Laissez vos bijoux, votre montre et autres objets de valeur à la maison. Si vous portez encore vos bijoux et/ou piercings à votre arrivée au bloc opératoire, ils seront retirés, ce qui augmente le risque de perte.
- Laissez votre dentier, vos lunettes, vos lentilles de contact, votre appareil auditif, vos épingles à cheveux, votre peigne... dans votre chambre.
- Démaquillez-vous complètement : cela permettra au médecin d'évaluer la coloration de votre visage et de vos lèvres pendant l'intervention.

### **IV. À L'ISSUE DE L'INTERVENTION** **(uniquement si vous devez subir une intervention chirurgicale)**

- Il est vivement déconseillé de conduire un véhicule (voiture, cyclomoteur ou vélo) ou d'utiliser des machines après votre traitement.
- Nous vous conseillons de ne pas regagner votre domicile par vos propres moyens, mais de vous faire accompagner par une personne responsable.
- Nous vous conseillons de vous soumettre à la surveillance d'une personne adulte pendant les premières 24 heures qui suivent votre traitement et de ne pas passer la première nuit seul à votre domicile après l'intervention.
- Nous vous conseillons de ne pas prendre de décisions importantes et de ne signer aucun document (juridique) dans les 24 heures qui suivent votre traitement.

# Anamnèse avant ADMISSION

## FORMULAIRE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Veuillez remplir ce questionnaire soigneusement.

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_

**Y a-t-il des INFORMATIONS PERTINENTES que nous devons connaître au sujet de votre traitement ou intervention actuel(le) ? Des éléments importants dans vos ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ?**

\_\_\_\_\_

**Votre SYSTÈME IMMUNITAIRE est-il (a-t-il déjà été) touché ?**  Oui  Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous ALLERGIQUE à certaines substances ? Si oui, indiquez ci-dessous lesquelles et la réaction constatée :**  Oui  Non

<input type="radio"/> latex :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> caoutchouc :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> pansements adhésifs :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> désinfectants :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> anesthésiques (dentiste) :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> médication							
<input type="radio"/> Penicilline :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> substances de contraste :	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____
<input type="radio"/> autre : _____	<input type="radio"/> éruption cutanée	<input type="radio"/> choc	<input type="radio"/> essoufflement	<input type="radio"/> fièvre	<input type="radio"/> démangeaison	<input type="radio"/> urticaire	<input type="radio"/> autre : _____

autre : (par exemple : produits alimentaires, colorants, plantes, pollen, arbres, animaux, acariens,...)  
 \_\_\_\_\_  éruption cutanée  choc  essoufflement  fièvre  démangeaison  urticaire  autre : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  éruption cutanée  choc  essoufflement  fièvre  démangeaison  urticaire  autre : \_\_\_\_\_

**Vos DONNÉES PHYSIQUES**

Avez-vous l'un des équipements d'aide suivants ?  pacemaker  ICD (= défibrillateur implantable)  (neuro)stimulateur  
 Si vous avez indiqué l'un des éléments ci-dessus : depuis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ et apportez la carte d'identification.  
 Votre poids (kg) : \_\_\_\_\_ | Avez-vous eu une perte de poids importante au cours des 3 derniers mois ?  Oui  Non  
 Votre taille (cm) : \_\_\_\_\_ | Si oui, raison ? \_\_\_\_\_

**Uniquement pour les patientes de sexe FÉMININ**

Êtes-vous enceinte ?  Êtes-vous enceinte  Oui  Non | Allaitiez-vous ?  Oui  Non

**Vos HABITUDES**

Fumez-vous ?  Oui  Non Si oui, \_\_\_\_\_ par jour  
 Avez-vous fumé (et maintenant arrêté) ?  Oui  Non Si oui j'ai arrêté depuis \_\_\_\_\_ ans  
 Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non Si oui, \_\_\_\_\_ verre(s) par semaine  
 Consommez-vous de la drogue ou d'autres substances ?  Oui  Non Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Fréquence ? \_\_\_\_\_

**Évaluation de votre SENSIBILITÉ AUX CHUTES**

La cause directe de votre admission à l'hôpital est-elle une chute ?  Oui  Non  
 Avez-vous parfois des problèmes de vue et/ou d'équilibre ?  Oui  Non  
 Avez-vous fréquemment besoin d'aller aux toilettes ?  Oui  Non  
 Avez-vous plus de 65 ans ?  Oui  Non

**Votre LANGUE et votre FORMATION**

Êtes-vous non néerlandophone ?  Oui  Non Si oui, quelle langue parlez-vous ? \_\_\_\_\_ prenez-vous le néerlandais  Oui  Non  
 Indiquez ici votre formation : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

**Dépistage HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**

Ces 3 dernières semaines, vous avez séjourné :  Moyen-Orient  Afrique centrale ou Afrique de l'Ouest  
 Ces 6 derniers mois, vous êtes restés plus de 24h à l'hôpital, dans une institution psychiatrique, une prison ou un camp de réfugiés  Oui  Non  
 Vous êtes éleveur ou vétérinaire.  Oui  Non  
 Vous travaillez dans le secteur des soins de santé et êtes directement en contact avec les patients.  Oui  Non  
 Vous séjournerez dans une maison de repos et de soins.  Oui  Non  
 Au cours des 6 derniers mois, vous avez séjourné plus de 24 h dans un hôpital à l'étranger.  Oui  Non  
 Vous habitez à l'étranger ou êtes venu(e) habiter en Belgique il y a moins d'un an.  Oui  Non

DC453 // Afdeling anesthesie – vragenlijst voor opname FR // Versie april 2020

## Dépistage HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

- Vous êtes ou avez déjà été porteur/porteuse d'une bactérie hospitalière (MRSA, CPE, VRE et autre).  Oui  Non
- Vous avez plus de 75 ans.  Oui  Non
- Vous vous rendez régulièrement à l'hôpital pour une certaine affection et/ou un certain traitement  Oui  Non
- Vous avez actuellement une plaie ouverte  Oui  Non
- Vous avez reçu des soins à domicile au cours de l'année écoulée  Oui  Non
- Souffrez-vous d'une maladie contagieuse?  Non  Oui, précisez : \_\_\_\_\_

## Vos PERSONNES DE CONTACT et INFORMATIONS LIÉES À VOTRE RÉSIDENCE

Votre personne de contact : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_ tél. : \_\_\_\_\_  
Votre personne de contact : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_ tél. : \_\_\_\_\_  
Votre médecin de famille : \_\_\_\_\_ tel. : \_\_\_\_\_

- Vous habitez :  à votre domicile  dans un centre d'assistance (service-flat)  
 dans une résidence-services  autre : \_\_\_\_\_
- Statut social :  isolé  cohabitation, avec :  partenaire  enfants  autre : \_\_\_\_\_
- État civil :  célibataire  marié(e)  cohabitant(e) légal(e)  divorcé(e)  veuf/veuve
- Bénéficiez-vous d'une aide à domicile?  Oui  Non (Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.)

Relation	Qui (nom)	Joignabilité (tél.)	Fréquence (fois par semaine)
Soins à domicile	_____	_____	_____
Aide familiale/gériatrique	_____	_____	_____
Kinésithérapeute	_____	_____	_____
Service repas	_____	_____	_____
Aide ménagère	_____	_____	_____
Autre	_____	_____	_____

## Anamnèse PHYSIQUE

Avez-vous besoin d'une assistance externe?  Oui  Non

Si oui, indiquez ci-dessous le niveau d'accompagnement dont vous avez besoin pour les activités suivantes :

- Bain :  dépendant  autonome
- Soins personnels (visage, dents, cheveux et rasage) :  dépendant  autonome
- Habillage et déshabillage :  dépendant  capable de faire +/- la moitié seul  autonome
- Défécation :  incontinent  parfois incontinent  continent
- Urine :  incontinent  parfois incontinent  continent
- Visite aux toilettes :  dépendant  légère aide requise  autonome
- Transfert (du lit au fauteuil et invers.) :  niet toe in staat  grande aide requise  légère aide requise  autonome
- Mobilité :  kan zich niet  autonome en fauteuil roulant  marche avec l'aide d'une autre pers  autonome, évent. avec équip. d'aide
- Escaliers (monter et descendre) :  incapable  avec aide  autonome
- Manger :  dépendant  aide pour couper et tartiner  autonome

## RÉGIME

Suivez-vous un régime spécifique? Si oui, indiquez ci-dessous lequel :  Oui  Non  
 végétarien  sans sucre (diabétique)  sans gluten  casher  halal  autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous des difficultés à déglutir?  Oui  Non

Indiquez ci-dessous les ÉQUIPEMENTS D'AIDE que vous  Non applicable

- Bouche :  prothèse dentaire haut  prothèse dentaire bas
- Bouche :  appareil auditif gauche  appareil auditif droit
- Yeux :  lentilles de contact  lunettes
- Divers :  faux ongles  piercings
- Autre :  béquilles  cadre de marche  déambulateur
- fauteuil roulant  \_\_\_\_\_

## Votre APPARTENANCE PHILOSOPHIQUE

- Je suis croyant et/ou je suis une conviction spécifique, à savoir : \_\_\_\_\_
- Je ne suis pas croyant ou je ne souhaite pas le mentionner
- Souhaitez-vous avoir des contacts avec un accompagnateur philosophique pendant votre séjour?  Oui  Si nécessaire  Certainement pas

### PATIENT

- Ce formulaire a été soigneusement rempli :  
 de manière autonome  avec l'aide du médecin de famille  
 avec l'aide de la famille  autre : \_\_\_\_\_
- Date de réalisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Signature :

### SERVICE

- Pour l'infirmière en charge des admissions dans le service :  
 ce formulaire a été parcouru en intégralité avec le patient
- Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Nom (entier) : \_\_\_\_\_
- Service : \_\_\_\_\_



# Anamnèse avant INTERVENTION

## FORMULAIRE À REMPLIR PAR LE PATIENT

À remplir **uniquement** si vous subissez une intervention/ un examen/un traitement

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Intervention prévue : \_\_\_\_\_ gauche / droite / bilatéral / NA  
 Âge : \_\_\_\_\_ ans Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

### CHECK-LIST pour le CONTRÔLE PRÉOPÉRATOIRE, à remplir uniquement si vous allez subir une anesthésie totale (anesthésie générale).

- Souffrez-vous d'essoufflement en cas de faible effort ?  Oui  Non  
 Souffrez-vous de douleurs ou de constrictions à la poitrine pendant l'effort ?  Oui  Non  
 Avez-vous des arythmies cardiaques (pacemaker), un stent/un pontage des artères coronaires ?  Oui  Non  
 Avez-vous le diabète insulino-dépendant ?  Oui  Non  
 Y a-t-il d'autres maladies que celle pour laquelle vous êtes opéré(e), qui vous limitent grandement dans vos activités quotidiennes ?  Oui  Non

**IMPORTANT !** Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, vous devez consulter un anesthésiste avant l'opération. Vous trouverez les différentes possibilités quant à l'organisation des consultations préopératoires au début de ce dossier, à la rubrique « consultation préopératoire au sein du service d'anesthésie », à la p. 2 et 3.

### Veillez répondre attentivement aux questions suivantes.

Ces questions s'adressent à **tous** les patients qui subissent une intervention, indépendamment du type d'anesthésie.

#### OPÉRATIONS ou expériences précédentes

- Avez-vous déjà été opéré(e) dans le passé ? Si oui, quand et quelles interventions ?  Oui  Non  
 Année : \_\_\_\_\_ Intervention : \_\_\_\_\_  
 Année : \_\_\_\_\_ Intervention : \_\_\_\_\_  
 Année : \_\_\_\_\_ Intervention : \_\_\_\_\_  
 Année : \_\_\_\_\_ Intervention : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous, à l'époque, souffert de l'anesthésie ?  Oui  Non  
 Si oui, décrivez la réaction : \_\_\_\_\_  
 Indiquez si vous souffrez facilement de :  nausée  écoeurement  mal des transports

#### Maladies CARDIOVASCULAIRES

- Avez-vous des problèmes de tension artérielle ? Si oui,  tension trop élevée  tension trop basse  Oui  Non  
 Êtes-vous/avez-vous été suivi(e) pour une maladie cardiaque ? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle :  Oui  Non  
 insuffisance cardiaque  infarctus  pontage  stent des artères coronaires  arythmies cardiaques  
 sténose ou insuffisance mitrale  sténose ou insuffisance aortique  autre maladie des valvules cardiaques : \_\_\_\_\_  
 pacemaker depuis le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (+ apportez la carte d'identification du pacemaker)  
 Êtes-vous encore suivi(e) par un cardiologue ?  Oui  Non  
 Si oui, nom : Dr. \_\_\_\_\_  
 Souffrez-vous d'essoufflement ? Si oui,  au repos  en cas de faible effort  Oui  Non  
 Souffrez-vous de constrictions ou de douleurs dans la région thoracique ? Si oui,  au repos  en cas d'efforts  Oui  Non  
 Avez-vous parfois les pieds ou les jambes enflé(e)s ? Si oui, quand : \_\_\_\_\_  Oui  Non  
 Êtes-vous/Avez-vous été suivi(e) pour une maladie vasculaire ?  Oui  Non  
 Avez-vous des varices ?  Oui  Non  
 Avez-vous déjà eu une phlébite ?  Oui  Non  
 Prenez-vous des médicaments pour la tension artérielle ou le cœur ? Si oui, veuillez l'indiquer sur le schéma de médication.  Oui  Non

#### Maladies PULMONAIRES et RESPIRATOIRES

- Avez-vous déjà souffert d'une maladie pulmonaire grave ? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle : Si oui, indiquez ci-dessous laquelle :  Oui  Non  
 TBC  pneumonie  autre : \_\_\_\_\_  
 Souffrez-vous de  asthme  rhume des foies  bronchite chronique  BPCO ?  Oui  Non  
 Si vous prenez des médicaments à cet effet (pensez aux aérosols, puffs...), veuillez l'indiquer sur le schéma de médication  
 Avez-vous recours à l'oxygénothérapie ? Si oui, en quelles quantités ? \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> L /min  Oui  Non  
 Utilisez-vous un masque CPAP nasal ? Si oui, Si oui, veuillez apporter votre appareil lors de votre admission.  Oui  Non  
 Souffrez-vous actuellement d'un rhume ou de la grippe ?  Oui  Non

## Maladies RÉNALES

Souffrez-vous d'une maladie rénale? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle:  Oui  Non  
 insuffisance rénale  pierres aux reins  infection rénale  autre: \_\_\_\_\_

## Maladies du FOIE et du SYSTÈME DIGESTIF

Êtes-vous suivi(e) pour une maladie gastrique? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle:  Oui  Non  
 ulcère à l'estomac  brûlures d'estomac  reflux  œsophage enflammé  maladie de Crohn  colite ulcéreuse  autre: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu la jaunisse ou une autre maladie du foie? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle:  Oui  Non  
 hépatite A  hépatite B  hépatite C  cirrhose  autre: \_\_\_\_\_

## Maladies du système ENDOCRINIEN (système hormonal)

Souffrez-vous de diabète? Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous:  Oui  Non  
Quel type de diabète?  diabète des adolescents  diabète de vieillesse

Qui contrôle votre glycémie (taux de sucre) et quand? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous insulino-dépendant?  insulino-dépendant  non insulino-dépendant

Si vous êtes insulino-dépendant, qui vous injecte cette insuline? \_\_\_\_\_  
Si vous êtes insulino-dépendant, qui vous injecte cette insuline? Si oui, indiquez ci-dessous laquelle:  Oui  Non

hypothyroïdie  hyperthyroïdie  autre: \_\_\_\_\_

## Maladies du SYSTÈME NERVEUX

Êtes-vous suivi(e) pour un trouble du système nerveux? Si oui, indiquez ci-dessous lequel:  Oui  Non  
 épilepsie  maladie de Parkinson  migraine  autre: \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi(e) pour  dépression  agressivité  troubles de la concentration?  Oui  Non

Avez-vous déjà souffert d'une hémorragie cérébrale ou d'une thrombose? Si oui:  AVC (attaque)  AIT  Oui  Non  
Si oui, quelles séquelles en gardez-vous?  troubles de la parole  paralysie  troubles sensoriels  autre: \_\_\_\_\_

Avez-vous un neurostimulateur?  Oui  Non

Souffrez-vous d'une forme de démence?  Oui  Non

## SANG et COAGULATION SANGUINE

Saignez-vous longtemps après une extraction dentaire ou une blessure?  Oui  Non

Prenez-vous des anticoagulants?  Oui  Non

Si oui, veuillez l'indiquer sur le schéma de médication et en discuter avec votre médecin de famille, votre médecin traitant et votre anesthésiste.

Avez-vous une maladie connue de coagulation? Si oui: \_\_\_\_\_  Oui  Non

Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une réaction à une transfusion sanguine (réaction à la transfusion)?  Oui  Non

## Affections ONCOLOGIQUES

Avez-vous déjà été suivi(e) pour un cancer?  Oui  Non

Si oui: type de cancer: \_\_\_\_\_

Traitement: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi un évidement ganglionnaire axillaire? Si oui:  à gauche  à droite  Oui  Non

## Maladies du SYSTÈME LOCOMOTEUR

Avez-vous déjà été suivi(e) pour des rhumatismes ou de l'arthrose?  Oui  Non

Avez-vous déjà été suivi(e) pour des douleurs au dos ou à la nuque? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Éprouvez-vous des difficultés à ouvrir la bouche? « Oui » = vous ne pouvez pas mettre deux doigts entre vos rangées de dents.  Oui  Non

## AUTRES maladies

Êtes-vous suivi pour une maladie ophtalmologique? Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Certains de vos parents souffrent-ils d'affections ou de maladies congénitales héréditaires?  Oui  Non

Si oui, lesquelles: \_\_\_\_\_

## Autres précisions ou REMARQUES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PATIENT

Ce formulaire a été soigneusement rempli:

de manière autonome  avec l'aide du médecin de famille  
 avec l'aide de la famille  autre: \_\_\_\_\_

Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

### SERVICE

Pour l'infirmière en charge des admissions dans le service:  
 ce formulaire a été parcouru en intégralité avec le patient

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom (entier): \_\_\_\_\_

Service: \_\_\_\_\_





## Informations pour le médecin de famille

RÉSERVÉ AU MÉDECIN DE FAMILLE

Cher docteur,

À l'aide des schémas disponibles dans l'espace réservé aux médecins sur le site web de l'AZ Monica (lien : <https://huisarts.azmonica.be>), vous pouvez vérifier les examens préopératoires qui sont nécessaires, en fonction de l'âge du patient, de la nature de l'intervention et de la classification ASA. Vous y trouverez également les mesures à prendre en ce qui concerne les médicaments de votre patient. Vous pouvez, en outre, naviguer directement vers les deux documents via les liens et les codes QR qui se trouvent à la page 2 et 3 de cette brochure.

Si votre patient est admis à l'hôpital pour une anesthésie **locale ou topique**, veuillez faire la demande d'examens complémentaires sur la base de vos évaluations personnelles.

Si nécessaire ou s'il le souhaite, votre patient peut bénéficier d'une consultation préopératoire chez l'anesthésiste. Veuillez également, au besoin, renvoyer le patient vers un spécialiste pour une évaluation complémentaire. Retrouvez plus d'informations à ce sujet à la page 2 et 3 de cette brochure.

**IMPORTANT!** le PATIENT est invité à présenter tous les résultats et informations médicales (y compris vos résultats cliniques) lors de la consultation chez l'anesthésiste ou le jour de son hospitalisation. Les examens de plus de 30 jours doivent être à nouveau effectués au moment de l'hospitalisation en cas de variation clinique considérable. Il est absolument nécessaire que toutes les informations soient disponibles. Dans le cas contraire, l'intervention, l'examen ou le traitement de votre patient pourrait être reporté. Notez qu'un ECG est valable 6 mois.

### Questions générales

Le patient relève de la classification ASA suivante

I  II  III  IV

Les formulaires ont-ils été dûment et complètement remplis ?

Oui  Non

Le schéma de médication à la p. 11 a-t-il été (correctement) rempli et signé ?

Oui  Non

### Informations médicales pertinentes / Anamnèse

---



---



---



---

### Informations pertinentes de l'examen clinique préparatoire

Cardiaque/hémodynamique	_____
Respiratoire :	_____
Abdomen/gastro-intestina :	_____
Urogénital :	_____
Neurologique :	_____
Orthopédie/système ostéo-articulaire :	_____
Autre :	_____

## Examens techniques préparatoires effectués

ECG	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat : _____
Radio thorax	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat : _____
Labo	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat : _____
Tests spécifiques <sup>1</sup>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat : _____

<sup>1</sup> Veuillez effectuer un dépistage du MRSA si le patient avait déjà été contrôlé positif ou s'il séjourne en maison de repos ou dans un établissement de soins.

## Soins apportés par l'entourage – Après son séjour à l'hôpital, le patient peut :

Regagner son domicile (adresse privée)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, des soins à domicile doivent-ils être prévus ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, de quelle nature ? _____	

### MÉDECIN DE FAMILLE

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet + signature :

## Déclaration de consentement // Générale

Cher patient,

Veillez lire attentivement la déclaration de consentement ci-dessous et la confirmer avant votre admission dans notre hôpital.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom, prénom),  
patient / parent / représentant légal du patient (biffer les mentions inutiles) :

\_\_\_\_\_ (nom, prénom)

déclare avoir pris connaissance, avoir compris et approuver la déclaration générale de consentement telle que décrite ci-dessous.

### **J'ai conscience que, depuis 2002, il existe en Belgique des droits du patient légalement reconnus,**

qui s'appliquent également à moi pendant mon séjour à l'hôpital. Je suis également conscient(e) qu'en tant que patient(e), j'ai des obligations et je suis responsable de mes soins. En respectant ces obligations, je contribue à une relation respectueuse avec les professionnels de la santé et je leur permets de me prodiguer les meilleurs soins possibles. Vous trouverez de plus amples informations au sujet des droits du patient sur [www.patientright.be](http://www.patientright.be) ou dans notre brochure « Vos droits et obligations en tant que patient ».

### **Je fournirai en tout temps au professionnel de la santé qui m'est attiré des informations exactes et exhaustives concernant mon identité, mon état de santé et ma consommation de médicaments.**

J'observe les conseils des professionnels de la santé et je m'investis dans le traitement que j'ai accepté. À l'hôpital, je ne prends aucun médicament de ma propre initiative, sans en avoir discuté au préalable avec mes professionnels de la santé attirés. Si je sou mets une déclaration de refus, j'en informe mes professionnels de la santé attirés pour qu'ils puissent en tenir compte.

### **Je sais que des stagiaires ou des assistants en médecine peuvent également se charger des soins, sous surveillance.**

### **Si je dois subir une procédure à haut risque, mon médecin traitant m'en informera et me demandera de donner un consentement spécifique éclairé**

(au moyen d'un document que je signe). C'est notamment le cas lors de transfusions sanguines, de certains types d'anesthésie et d'interventions diagnostiques et thérapeutiques.

### **Si je souhaite quitter l'hôpital contre l'avis de mon médecin traitant, j'en informe mon médecin et je signe une déclaration de « refus de traitement ».**

La même règle s'applique aux autres traitements proposés que je ne souhaite pas subir.

### **Je respecte les conventions générales d'application au sein de l'AZ Monica :**

- il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'hôpital. Il existe des zones prévues à cet effet juste à l'extérieur de l'hôpital;
- les heures de visite fixées par l'hôpital sont respectées. Vous trouverez ces heures de visite dans la brochure d'accueil, sur le site web de l'hôpital ou sur les affiches accrochées dans les bâtiments mêmes. Les visiteurs sont priés de ne causer aucun dérangement ni nuisance sonore;
- il est interdit de réaliser des enregistrements audio ou vidéo à l'intérieur de l'hôpital.

**J'autorise le traitement anonyme de mes données de patient dans le cadre de la recherche scientifique nationale et internationale.** J'accepte que l'hôpital fournisse ces données anonymes aux pouvoirs publics ou à d'autres instituts de recherche afin de constituer des données statistiques sur les soins de santé.

**J'autorise la conservation de mes données dans un dossier médical global, sur un réseau d'échange ou sur un hub électronique.** Toutes les informations pertinentes sur mes soins et mes traitements sont ainsi accessibles à tous les professionnels de la santé qui me suivent au sein de l'AZ Monica. Ce dossier peut également, au besoin, être mis à la disposition du médecin de famille ou d'autres professionnels de la santé dans d'autres hôpitaux lorsque vous les consultez.

Retrouvez de plus amples informations à ce sujet sur <http://vlaamspatientenplatform.be/pagina/toestemming-delen-gezondheidsgegevens> ou sur [www.antwerpsregionalehub.be](http://www.antwerpsregionalehub.be).

> Si vous **n'autorisez pas** la conservation de vos données sur le hub, **veuillez biffer** l'affirmation ci-dessus.

#### **PATIENT**

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature:



## Déclaration de consentement // Traitement

Cher (parent ou représentant du) patient,

Veuillez lire minutieusement la déclaration de consentement ci-dessous, indiquer si vous l'acceptez ou si vous la refusez et la confirmer en y apposant votre nom et votre signature. Vous retrouverez toutes les informations dans la brochure ou sur le site web de l'hôpital.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom, prénom),  
patient / parent / représentant légal du patient (biffer les mentions inutiles) du patient :  
\_\_\_\_\_ (nom, prénom).

- Autorise **l'intervention, la procédure, l'examen ou le traitement** mentionné ci-dessus, à savoir :  
\_\_\_\_\_  gauche  droit  bilatéral  N/A  
 > Si l'intervention, la procédure, l'examen ou le traitement mentionné ci-dessus concerne la transplantation/ le don de :  tissus oculaires  tissus de l'appareil locomoteur  
 j'autorise le médecin à effectuer l'intervention, la procédure, l'examen ou le traitement mentionné ci-dessus et j'ai, de surcroît, eu l'occasion de poser des questions.
- Ai reçu suffisamment d'informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant cette intervention, cette procédure, cet examen ou ce traitement. J'ai compris la totalité de ces informations. Ces informations m'ont été procurées via la fiche d'information/brochure et/ou le site web et/ou une explication orale.
- Autorise la réalisation anonyme de matériel visuel et de photographies avant/pendant/après l'intervention, la procédure, l'examen ou le traitement mentionné(e) ci-dessus qui, tout comme certaines données du dossier, pourront être utilisé(s) dans le cadre de l'enseignement en médecine ou de publications scientifiques.

### **Autorisation** de traitement – d'administration de **produits sanguins** (si nécessaire)

- Autorise l'administration de produits sanguins (c'est-à-dire de concentré érythrocytaire, de concentré de thrombocytes et/ou du plasma). Cette administration aura lieu dans le cadre de :  
 un traitement chirurgical  un traitement non chirurgical
- Ai reçu suffisamment d'informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant l'administration de produits sanguins. J'ai compris la totalité de ces informations. Ces informations m'ont été procurées via la fiche d'information/brochure et/ou le site web et/ou une explication orale.
- Accepte que cette autorisation s'applique à tous les traitements/procédures ultérieurs (identiques) lors d'une seule et même hospitalisation.

### **Refus** de traitement – d'administration de **produits sanguins**

- Déclare qu'aucun produit sanguin ne peut m'être administré, en aucune circonstance, même si les professionnels de la santé jugent cela nécessaire pour préserver ma vie ou ma santé. Je suis conscient(e) des conséquences potentielles de cette décision et en assume moi-même la responsabilité.  
La raison de ce refus de traitement est : \_\_\_\_\_

- M'engage à respecter toutes les directives du médecin. Je suis conscient(e) qu'en dépit des efforts et des plus grandes précautions prises par le(s) médecin(s) traitant(s), par l'équipe soignante et par moi-même, aucune garantie absolue de réussite ne peut être offerte.
- Consens qu'en cas d'urgence, toutes les mesures soient prises pour garantir ma sécurité/santé.  
 à l'exception de : \_\_\_\_\_

#### **PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Signature :

#### **MÉDECIN**

Cachet + paraphe

# **Fiche d'information** // transfusion sanguine ou produits sanguins

Annexe à la déclaration de consentement de traitement – d'administration de produits sanguins (si nécessaire)

## **Qu'est-ce qu'une transfusion sanguine ou de produits sanguins impliquent ?**

Une transfusion sanguine ou produits sanguins est une intervention durant laquelle du sang ou des produits sanguins (plasma, plaquettes ou un autre produit sanguin) sont administrés à un patient.

## **BUT de la procédure**

Ajouter du sang ou des produits sanguins dont la concentration ou la quantité est trop faible chez le patient.

## **AVANTAGES de transfusion sanguine ou de produits sanguins**

Les pénuries sont rapidement ajustées permettant les fonctions réalisées par ce sang ou les produits sanguins à se ré-optimiser rapidement.  
Une transfusion sanguine peut sauver la vie en cas de saignement de masse. En cas d'absence de globules rouges une récupération accélérée a lieu.

## **Les RISQUES de transfusion sanguine ou de produits sanguins**

Réaction transfusionnelle, frissons, fièvre, maladie infectieuse, septicémie.

## **ALTERNATIVES pour une transfusion sanguine ou de produits sanguins**

Application d'humidité, repos.

## **POINTS D'ATTENTION EN PRÉPARATION d'une transfusion sanguine ou de produits sanguins**

Il faut déterminer un groupe sanguin ; un test croisé doit être effectué avant la transfusion sanguine.

## **POINTS D'ATTENTION APRÈS une transfusion sanguine ou de produits sanguins**

Il faut veiller à prévenir une réaction transfusionnelle (voir les risques).

## **Informations de contact**

La Croix Flamande.

### **Besoin de plus d'information ?**

Vous trouverez les informations générales relatives des produits sanguins sur le site web de la Croix Rouge Flamande : <https://www.rodekruis.be/dienstvoorhetbloed/bloedproducten/>

# Déclaration de consentement

// Anesthésie générale  
// Politique de douleur péri-opératoire  
// Sédation procédurale

Cher (parent ou représentant du) patient,

Veillez lire minutieusement la déclaration de consentement ci-dessous et la confirmer en y apposant votre nom et votre signature. Vous trouverez toutes les informations relatives à l’anesthésie générale et à la sédation procédurale dans la brochure jointe en annexe. L’anesthésiste relira cette déclaration avec vous avant que l’anesthésie soit pratiquée et la signera également pour accord.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom, prénom),  
patient / parent / représentant légal (biffer la mention inutile) du patient :  
\_\_\_\_\_ (nom, prénom)

- Autorise les types d’anesthésie / d’analgésie proposés, à savoir :
  - anesthésie générale
  - anesthésie du plexus ou bloc nerveux périphérique
  - péridurale ou anesthésie rachidienne
  - anesthésie parabolbaire
  - sédation légère, modérée ou profonde combinée à  anesthésie locale (locale)
  - anesthésie au goutte-à-goutte (topique)
- Ai reçu suffisamment d’informations quant aux risques, avantages et alternatives concernant le type d’anesthésie convenu et les éventuels traitements postopératoires de la douleur. J’ai compris la totalité de ces informations. Ces informations m’ont été procurées via la fiche d’information/brochure et/ou le site web et/ou une explication orale.
- Ai lu et compris toutes les informations relatives aux directives pré-et postopératoires et je m’engage à les respecter.

Consens qu’en cas d’urgence, toutes les mesures soient prises pour garantir ma sécurité/santé.  
 à l’exception de: \_\_\_\_\_

### PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_  
Signature:

### MÉDECIN

Cachet + paraphe



# Fiche d'information

## // Anesthésie générale // Sédation et analgésie procédurales

Annexe à la déclaration de consentement pour l'anesthésie générale,  
la politique de douleur péri-opératoire et/ou la sédation procédurale

Vous trouverez également cette fiche d'information, ainsi que toutes les informations relatives autres types d'anesthésie, sur le site web du service d'anesthésie

Consultez directement ce site web en surfant sur :  
<http://azmonica.be/nl/anesthesie/anesthesie.asp>  
ou en scannant le code QR ci-contre :

code QR



### En QUOI consiste L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

Par « anesthésie générale », nous entendons : (1) l'endormissement, c'est-à-dire la plongée en état d'inconscience temporaire; (2) l'administration d'un analgésique de telle sorte que vous ne ressentiez pas ou peu de douleur après l'intervention; (3) l'application, si nécessaire, de techniques de relaxation musculaire pour faciliter le travail du chirurgien. Dans certains cas, il s'agit également de faire baisser la tension artérielle.

Avant de vous endormir, on introduit un cathéter dans une veine (« piqûre »), que l'on relie à une perfusion. Tous les médicaments nécessaires à l'anesthésie vous sont administrés par le biais de cette perfusion. Pendant l'intervention, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, le taux d'oxygène et, parfois, la température, sont surveillés et contrôlés minutieusement. On place ensuite un masque dans la gorge ou un petit tuyau dans les voies respiratoires afin de poursuivre l'anesthésie en toute sécurité. On réalise parfois une anesthésie locale en plus de l'anesthésie générale pour garantir un traitement plus efficace de la douleur après l'intervention. Lorsque l'intervention est terminée, vous êtes conduit(e) en salle de réveil, où vous pouvez vous « réveiller » sous surveillance. Vous êtes finalement reconduit(e) dans votre chambre une fois que vous êtes réveillé(e) et que la douleur est sous contrôle.

### BUT de L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

L'anesthésie générale a pour but de vous plonger, en tant que patient, dans un état d'inconscience totale, de telle sorte que vous ne ressentiez plus aucune douleur.

### AVANTAGES de L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

L'avantage de l'anesthésie générale? En tant que patient, vous n'êtes pas conscient de l'intervention, vous ne ressentez aucune douleur pendant l'intervention (même en cas d'intervention plus importante) et vous n'avez aucun souvenir de l'intervention à votre réveil. Cela permet à votre corps de ressentir bien moins de stress pendant l'intervention, au profit de processus de guérison.

Dans certains cas, il peut s'avérer plus sûr de séjourner quelque temps à l'hôpital après une opération planifiée en hôpital de jour. Ce peut être le cas après une opération qui s'est révélée plus difficile que prévu ou lorsque des complications ont été observées lors de l'anesthésie. Il se peut également que l'anesthésiste reporte l'intervention pour des raisons médicales impérieuses (bien que ce soit rarement le cas).

### RISQUES de L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Malgré le fait que les techniques d'anesthésie actuelles soient extrêmement sûres, certains risques et effets secondaires subsistent, bien que ceux-ci ne causent pas de dommages permanents. Il peut notamment être question de nausée, de vomissements, de maux de gorge, d'enrouement, de blessures aux lèvres, de saignements de nez et d'étourdissement. Il existe d'autres complications plus graves, mais qui sont heureusement bien plus rares. Si vous êtes en bonne santé (c'est-à-dire si vous n'êtes pas allergique, enrhumé ou cardiaque et si vous n'avez pas de grippe, de bronchite ou d'asthme...), ces complications ne devraient pas survenir. Des problèmes respiratoires sont parfois causés par le débordement du contenu de l'estomac (1 cas sur 10.000) et des dégâts aux dents peuvent également être constatés (1 cas sur 30.000). Bien plus rares, les complications très graves peuvent impliquer des lésions cérébrales (1 cas sur 80.000) ou un décès soudain (1 cas sur 200.000).

## ALTERNATIVES à L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Dans la plupart des cas où l'on vous propose une anesthésie générale, il n'y a manifestement pas d'alternative. Dans certains cas où une anesthésie générale est proposée, l'alternative (anesthésie locale ou locorégionale) est moins confortable pour vous, en tant que patient, que l'anesthésie générale. C'est pourquoi les médecins décident souvent, par mesure de confort, de compléter l'anesthésie locorégionale avec une forme, certes plus légère, d'anesthésie générale. Dans certains cas, (l'ajout de) l'anesthésie générale ou de la sédation profonde constitue une bonne alternative à l'anesthésie locale ou locorégionale.

Il convient toutefois de déterminer au cas par cas avec votre médecin traitant et votre anesthésiste s'il existe une alternative à l'anesthésie générale et, si oui, laquelle.

## En QUOI consiste la SÉDATION PROCÉDURALE?

La sédation implique de diminuer l'état de conscience du patient à un niveau tel que vous vous sentez somnolent et confortable. Pour ce faire, on administre des somnifères ou des médicaments apaisants (sédatifs), qui sont souvent combinés à des antidouleurs (analgésiques). Il existe différents niveaux de sédation, à savoir « léger », « modéré » et « profond ».

La sédation et l'analgésie sont utilisées lors de toutes sortes d'interventions. Les patients demandent de plus en plus souvent la sédation lors d'interventions qu'ils estiment désagréables ou menaçantes. Les interventions lors desquelles la sédation est le plus souvent utilisée chez les adultes ont trait aux techniques endoscopiques : examen de l'intestin (coloscopie), examen de l'estomac (gastroskopie), ERCP, interruption de grossesse (avortement), traitements liés à la fertilité (p.ex. IVF), interventions au service des urgences (p.ex. fractures osseuses) et traitement des arythmies cardiaques par électrochocs. Les interventions ophtalmologiques sont souvent pratiquées sous sédation légère, ce qui vous permet de continuer à suivre les instructions de l'ophtalmologue pour qu'il puisse ainsi poursuivre l'intervention en douceur (p.ex. ne pas cligner des yeux, regarder dans une certaine direction...).

Le médecin en charge de l'intervention ou de l'examen détermine, en concertation avec vous, si la sédation et l'analgésie sont nécessaires. La sédation et l'analgésie sont pratiquées par le service d'anesthésie.

Les sédatifs et/ou analgésiques vous sont administrés par perfusion avant votre intervention, examen ou traitement. Les médicaments sont administrés jusqu'à atteindre le niveau adéquat de sédation et d'analgésie. Pendant l'intervention, les médecins surveillent minutieusement comment vous réagissez aux sédatifs et/ou aux analgésiques. Les médicaments sont adaptés si nécessaire. Une fois l'intervention terminée, l'on arrête de vous administrer des sédatifs. Vous êtes alors conduit(e) en salle de réveil, où vous êtes gardé(e) et surveillé(e) jusqu'à ce que vous soyez totalement réveillé(e).

## BUT de la SÉDATION PROCÉDURALE

De nombreuses interventions médicales causent douleur, stress et angoisse chez le patient. L'administration de sédatifs et d'analgésiques peut empêcher ces souffrances, de telle sorte que vous vous sentez à l'aise et confortable et que vous ne souffrez pas trop de l'intervention. Cela facilite également l'intervention. La sédation peut varier de la faible somnolence (sédation légère) au sommeil profond (sédation profonde). L'effet dépend de la sensibilité de chacun, du choix du produit utilisé, du mode d'administration et éventuellement de la combinaison de produits qui se renforcent mutuellement. Dans certains cas, un sommeil plus profond sera préféré pour permettre un meilleur déroulement de l'intervention.

## AVANTAGES de la SÉDATION PROCÉDURALE

- Votre état de conscience est réduit par le sédatif : vous êtes somnolent(e) et étourdi(e). Vous n'êtes ainsi généralement pas (entièrement) conscient(e) lors du traitement. Vous avez parfois même oublié ce qu'il s'est passé pendant l'intervention une fois que vous vous réveillez.
- L'analgésique réprime le stimulus de la douleur : vous ressentez moins ou pas de douleur.
- Vos réflexes, tels que la respiration et la déglutition, restent intacts. En principe, vous êtes éveillé, mais votre état est comparable au sommeil. Vous n'êtes donc pas sous anesthésie totale. Les réflexes corporels de protection, tels que la respiration, la toux et la déglutition sont préservés. En cas d'anesthésie, l'état de conscience est à ce point diminué que vous arrêtez de respirer et que vos réflexes disparaissent. Il est alors nécessaire de contrôler vos voies respiratoires et votre respiration.

## RISQUES de la SÉDATION PROCÉDURALE

L'application de la sédation est en principe sans danger chez les personnes en bonne santé. Les effets secondaires suivants sont possibles :

- il se peut que vous ayez la nausée. Il s'agit d'ailleurs d'un effet secondaire que présentent différents médicaments;
- la respiration peut également être altérée et la tension artérielle peut chuter. C'est pourquoi vous êtes placé(e) sous surveillance pendant l'intervention.

Ces événements peuvent facilement être contrôlés et causent rarement des problèmes. Il importe donc que le collaborateur responsable de la sédation évalue si vous appartenez à un groupe à risques. Pour ce faire, il vous posera une série de questions relatives à votre état de santé. Il effectuera, en outre, un examen physique, lors duquel il évaluera votre cœur, vos poumons et vos voies respiratoires. Le collaborateur discutera avec vous de l'évaluation des risques afin que vous puissiez choisir, en concertation avec lui, le type de sédation et d'analgésie procédurale qui sera utilisé lors de l'intervention. Les personnes dites « à risques » sont les personnes souffrant d'insuffisance ou de surcharge pondérale, d'anomalies de la région de la tête et du cou et d'affections cardiaques et pulmonaires chroniques ou les personnes ayant eu une expérience négative antérieure lors d'une sédation/analgésie procédurale ou d'une anesthésie.

## ALTERNATIVES à la SÉDATION PROCÉDURALE

Si, en tant que patient, vous ne souhaitez pas avoir recours à la sédation (légère, modérée ou profonde) ou à l'analgésie, il n'existe actuellement aucune alternative. La plupart des procédures devront alors avoir lieu sans la moindre forme de sédation ou d'analgésie. Dans certains cas (p.ex. lors d'interventions ophtalmologiques), il est possible d'utiliser un autre type d'anesthésie.

Il convient toutefois de déterminer au cas par cas avec votre médecin traitant et votre anesthésiste s'il existe une alternative à la sédation et, si oui, laquelle.

## Prix

Vous trouverez les informations générales relatives au prix de votre intervention, examen ou traitement et aux suppléments d'honoraires sur le site web de l'hôpital : [www.azmonica.be](http://www.azmonica.be). Vous y trouverez également un simulateur de prix pour les interventions les plus courantes. Pour obtenir de plus amples informations sur le prix de revient de votre intervention, veuillez contacter le service de facturation de l'AZ Monica (T 03 240 27 25 – tous les jours entre 9h et 16h).

## Informations de contact

S'il vous reste des questions à ce sujet, vous pouvez les poser par téléphone ou demander un complément d'information à l'anesthésiste lors de votre admission. Vous pouvez également discuter de questions simples avec votre anesthésiste juste avant votre intervention, examen ou traitement.

### Campus Deurne

03 320 60 66 (dienst)

03 320 56 43 (secretariaat)

[secranesthesiecd@azmonica.be](mailto:secranesthesiecd@azmonica.be)

### Campus Anvers

03 240 22 78

[secranesthesieca@azmonica.be](mailto:secranesthesieca@azmonica.be)

[www.azmonica.be](http://www.azmonica.be)

## Suis-je prêt ? // Check-list avant admission

- J'ai dûment rempli ce livret et la brochure de bienvenue générale.
- J'ai effectué tous les examens préliminaires nécessaires.
- Je dispose de tous les rapports et résultats des examens que j'ai passés ailleurs qu'à l'AZ Monica.
- J'apporte à l'hôpital tous les médicaments que je prends habituellement, de préférence dans leur emballage. J'utilise la trousse médicale prévue à cet effet. Non applicable pour les hospitalisations de jour.
- J'ai arrangé mon transport de et vers l'hôpital.
- J'ai informé mon assurance hospitalisation (ou ma mutualité) de mon hospitalisation.
- Lors de mon retour à domicile, quelqu'un sera disponible pour m'aider pour les questions pratiques.
- Si j'ai besoin d'équipements d'aide lors de mon retour à domicile (p.ex. béquilles), je me suis assuré(e) qu'ils étaient disponibles.
- Si j'ai des questions à poser à mon médecin traitant, je les écris.

### **campus Deurne**

Florent Pauwelslei 1 // 2100 Deurne  
T 03 320 50 00

### **campus Antwerpen**

Harmoniestraat 68 // 2018 Anvers  
T 03 240 20 20

---

[info@azmonica.be](mailto:info@azmonica.be)  
[www.azmonica.be](http://www.azmonica.be)

Suivez nous sur

