

## QUESTIONNAIRE ET DOCUMENT PRÉ-ANESTHÉSQUES

**A RAPPORTER complétés et signés pour la consultation avec l'anesthésiste.**

### → VOTRE RENDEZ-VOUS

Votre rendez-vous a été fixé le :

Horaire du rendez-vous :

Vous avez rendez-vous avec le docteur :

Votre médecin traitant est le docteur :

Vous allez être opéré ou examiné par le docteur :

### → INFORMATIONS PREABLABLES

La consultation pré-anesthésique est obligatoire. Elle doit être réalisée plusieurs jours à l'avance (Décret du 5 Décembre 1994). Elle contribue à assurer la sécurité de la prise en charge pour votre intervention. Ce document fait partie de votre dossier médical, il est couvert par le secret médical.

Il est indispensable de rapporter tout document médical vous concernant (ordonnance, carte de groupe sanguin, électrocardiogramme échographie cardiaque, test d'effort, compte-rendus de consultation, résultats de vos dernières analyses : suivi de diabète (Hba1c en %), créatinine, INR....

### → LE MEDECIN QUI PROCEDERA A VOTRE INTERVENTION REPONDRA AUX QUESTIONS SUIVANTES :

Intervention proposée :

Motif :

Date :

Durée opératoire :

Position (s) opératoires :

Saignement « éventuel » prévu :

Code CCAM

Le traitement anticoagulant et/ou antiagrégant doit-il être arrêté et/ou substitué ?

Oui  Non

Date et heure d'entrée à la clinique

Intervention en ambulatoire ?

Oui  Non

***N'oubliez pas, il est indispensable de rapporter pour la consultation d'anesthésie les documents en votre possession même anciens : Ordonnance, Carte de groupe sanguin, Electrocardiogramme, Echographie cardiaque, Test d'effort, Compte-rendus de consultation, Résultats de vos dernières analyses : suivi de diabète (Hba1c en %), créatinine, INR...***

→ **NOM DES MEDECINS DE L'EQUIPE D'ANESTHESIE REANIMATION :**

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Optionnel :**

Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs de la clinique sont des spécialistes conventionnés à honoraires libres (Secteur 2). Vous serez informé(e) des honoraires d'anesthésie pour votre intervention prochaine lors de cette consultation et un devis vous sera remis.

---

## QUESTIONNAIRE EN VUE D'UNE ANESTHESIE

### → PATIENT

Nom

Prénom :

Né(e) le :

Poids :

Taille :

Nom de jeune fille :

Nombre d'enfant(s) :

Profession :

Vit seul :

Oui  Non

### → CITEZ VOS INTERVENTIONS SOUS ANESTHESIE GENERALE/LOCOREGIONALE/LOCALE

	DATE (si possible):	OPERATION OU EXAMEN :	TYPE D'ANESTHESIE
1/	.....	.....	.....
2/	.....	.....	.....
3/	.....	.....	.....
4/	.....	.....	.....
5/	.....	.....	.....
6/	.....	.....	.....
7/	.....	.....	.....
8/	.....	.....	.....
9/	.....	.....	.....
10/	.....	.....	.....

Avez-vous eu des problèmes lors de vos anesthésies ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Nausées ou vomissements : Oui  Non

Saignements : Oui  Non

Autres à préciser :

.....

## MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avez-vous déjà eu des examens à visée cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté ou été hospitalisé pour une cause cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Quelle est la date de la dernière consultation auprès du cardiologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à monter deux étages ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un pontage coronarien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une valve cardiaque artificielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un pace maker (pile) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des stents coronaires ? (ressorts dans les artères du cœur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une hypertension artérielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour un souffle au cœur ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une angine de poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour un infarctus du myocarde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous suivi pour une insuffisance cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous fait des phlébites ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des crampes dans les mollets vous stoppant à la marche (Artérite) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES RESPIRATOIRES

Etes-vous suivi par un pneumologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens</i>		
Toussez-vous ou crachez-vous au moins trois mois par an ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous essoufflé(e) au repos ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des apnées du sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une machine la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'oxygène à domicile ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour un asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une bronchite chronique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une embolie pulmonaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une autre maladie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, Laquelle ?		

.....

## MALADIES RENALES

Avez-vous des problèmes pour uriner (prostate) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une maladie rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une infection urinaire (cystite) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné(e) pour une insuffisance rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES DIGESTIVES

Etes-vous suivi par un gastro-entérologue ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Rapportez vos compte rendus et résultats d'examens</i>		
Avez-vous été traité(e) pour une gastrite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une œsophagite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une hernie hiatale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour des varices œsophagiennes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un ulcère (de l'estomac ou du duodénum) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie du colon ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une autre maladie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laquelle : .....		

## MALADIES HEPATIQUES

Avez vous eu une hépatite virale ? (ou jaunisse) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laquelle (A, B, C) ? .....		
Avez-vous été traité pour cette hépatite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une cirrhose ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HEMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà consulté pour un problème de saignement ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des règles abondantes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des saignements importants après des soins dentaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des hématomes sans vous cogner ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une hémophilie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de Willebrandt ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une anémie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES NEUROLOGIQUES

---

Avez-vous déjà perdu connaissance ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une migraine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour Tétanie/spasmophilie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un syndrome dépressif ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une épilepsie (ou convulsions) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour un accident vasculaire cérébral (attaque, AVC, AIT, hémiplegie) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie de Parkinson ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une sciatique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une maladie d'Alzheimer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité(e) pour une myasthénie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HORMONALES ET METABOLIQUES

---

Etes-vous Diabétique ? Si oui, depuis Quand ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous traité par de l'insuline (injections) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des complications liées au diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous du Cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie de la thyroïde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

---

Etes-vous susceptible d'être enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous la pilule ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un stérilet ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des grossesses ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une toxémie gravidique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## MALADIES HEREDITAIRES (dans la famille)

---

Hyperthermie maligne suite à une anesthésie dans votre famille ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Décès lors d'une anesthésie dans votre famille ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Décès d'origine cardiaque avant 50 ans ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Risque de phlébite ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie de Creutzfeldt-Jacob (vache folle) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## PROBLEMES ALLERGIQUES

Etes-vous allergique à un produit d'anesthésie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un antibiotique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à 1 ou des médicaments particuliers ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lequel ou lesquels : .....		
Etes-vous allergique au Latex (ballons de baudruche, préservatifs, gants de ménage) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un produit de contraste de radiologie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous allergique à un aliment ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des réactions cutanées de type URTICAIRE ou œdème de Quincke ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## DIVERS

Avez-vous séjourné en dehors de la France dans l'année écoulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé à l'étranger dans l'année écoulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Où et combien de temps ? .....		
Quels traitements avez-vous reçu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des transfusions sanguines ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids (hors régime) ces trois derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Combien de Kg ? .....		
Etes-vous malade en voiture / bateau?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Portez-vous des lentilles de contacts ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été traité pour un glaucome ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## TABAC

Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Combien de cigarettes par jour ? .....		
Depuis combien d'année ? .....		
Consommez-vous du Cannabis ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'Héroïne ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Consommez-vous d'autres toxiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## ALCOOL

Oui  Non

Nombre de litres de vin par jour : 1/4L  1/2L  1L  2L  + de 2L   
 Nombre d'apéritifs par semaine : 0  1  3  5  7

## ETAT BUCCO-DENTAIRE

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? Oui  Non   
 Lesquelles ? .....

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? Oui  Non

Partielle  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

Complète  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur

Avez-vous des implants, bridges, ou pivots ? Oui  Non

Certaines de ces prothèses fixes se descellent-elles souvent ? Oui  Non

Avez-vous d'autres dents mobiles ou déchaussées ? Oui  Non

Avez-vous déjà suivi un traitement pour déchaussement de vos dents ? Oui  Non

Etes-vous en cours de traitement chez un dentiste ? Oui  Non

Avez-vous eu un travail dentaire récent (moins d'un an) ? Oui  Non

De quel type ? .....  
 Sur quelles dents ? .....

Avez-vous des troubles des articulations des mâchoires ? Oui  Non   
 (Limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture, ...).

Avez-vous déjà eu un problème dentaire lors d'une anesthésie générale ? Oui  Non

***Vous êtes informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand que votre dentition est fragile. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre chirurgien dentiste afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.***





# INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHÉSIE

---

Disponible sur internet le 04 mai 2007

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

## 1. QU'EST-CE QUE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

→ L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques ;

→ L'anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Dans certains cas, il est possible de prolonger l'insensibilisation plusieurs jours après l'opération en injectant ce produit dans un cathéter placé à proximité des nerfs.

→ La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière.

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

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

La consultation d'anesthésie est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de cette consultation et de la visite pré-anesthésique, vous serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre information. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences.

Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de l'acte opératoire, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le médecin qui pratiquera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation. Il disposera de votre dossier médical et en cas de nécessité, pourra choisir de modifier la technique prévue.

## 2. COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLÉ (E) PENDANT L'ANESTHÉSIE ET À VOTRE RÉVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

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

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

## 3. QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

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

cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares.

En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

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

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention.

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

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister.

Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

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

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

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

#### **5. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES PROPRES AUX ANESTHÉSIES LOCORÉGIONALES ?**

Toute anesthésie locorégionale peut s'avérer incomplète et nécessiter un complément d'anesthésie, voire une anesthésie générale. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne que pour une anesthésie générale.

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

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

En fonction des médicaments associés, des nausées des vomissements, des démangeaisons, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

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

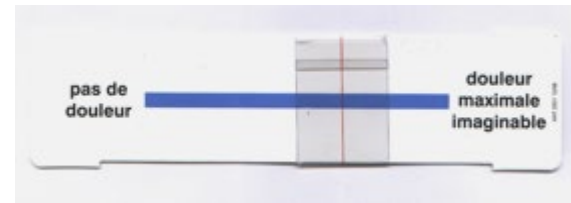
Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre. Chacune de ces techniques a des avantages et des inconvénients spécifiques.

## INFORMATION FACE A LA DOULEUR APRES CHIRURGIE

Votre douleur doit être évaluée de façon régulière. N'hésitez pas à dialoguer avec l'équipe soignante.

### COMMENT SOULAGER VOTRE DOULEUR ?

- L'équipe soignante est là pour vous aider  
Prévenez l'infirmière même la nuit, si vous n'êtes pas suffisamment soulagé(e) ou pas assez longtemps.
- Votre participation est importante
- Plus vous participez à la connaissance de votre douleur et à son évaluation avec le personnel soignant, plus vous aurez de chances d'être soulagé(e) efficacement.
- La douleur est évaluée selon :
  - ⇒ L'échelle numérique simple : note de 1 à 10
  - ⇒ L'échelle visuelle analogique (EVA) : réglette présentant un curseur que vous déplacez le long d'une ligne de 10 cm. Les extrémités représentent l'absence de douleur et la douleur maximale.



### LES MEDICAMENTS ANTALGIQUES

Ces médicaments n'entraînent pas toujours une absence immédiate et totale de douleur. Ces médicaments sont prescrits en fonction de l'intensité de votre douleur.

La morphine est un antalgique puissant. C'est un médicament qui n'induit pas de dépendance dans la douleur aiguë.

Les anesthésies locorégionales participent efficacement à la prise en charge de la douleur postopératoire.

1. N'hésitez pas, avant l'opération, à poser aux médecins toutes les questions qui vous préoccupent.
2. Ne dissimulez pas votre douleur aux personnes chargées de vous soigner.
3. Aidez les personnes qui vous soignent à en évaluer l'intensité :
  - soit en répondant précisément aux questions qui vous sont posées.
  - soit en participant à sa mesure sur la réglette qui vous est proposée.
4. Interrogez régulièrement les personnes qui s'occupent de vous si le traitement que l'on vous administre ne vous soulage pas suffisamment.

## SECURITE TRANSFUSIONNELLE HEMOVIGILANCE

Le sang n'est pas un médicament ordinaire. C'est un produit biologique qui comporte un risque de transmettre des maladies. Cette thérapeutique est indispensable pour sauver de très nombreux malades, en médecine, en chirurgie, en cas d'anémie, d'hémorragie à l'occasion d'accidents, de greffes. La prévention des infections virales transmises par la transfusion homologue ne cesse de s'améliorer. Malgré les précautions, ces infections sont redoutées, la contamination peut passer inaperçue, les maladies qu'elles occasionnent (sida, hépatites...) ne se révélant que tardivement. Pour tous ces virus, il existe d'autres modes de contamination : sexuelle, toxicomanie, soins en pays d'endémie, transmission mère-enfant. Ces autres modes de contamination sont beaucoup plus fréquents que la transfusion. Le risque transfusionnel ne peut être totalement écarté car il existe une courte période, où les tests de dépistage sont négatifs. La sélection scrupuleuse des donneurs de sang élimine presque entièrement ce risque. Seuls, les concentrés de globules rouges, de plaquettes, de globules blancs, les plasmas frais congelés, ne supportant pas la chaleur ou les traitements chimiques, comportent encore ce risque.

Ce document est destiné à vous informer sur les avantages et les risques de la transfusion, ainsi que sur les examens à réaliser avant et après celle-ci.

### D'OU PROVIENT LE SANG ?

Les dons de sang sont collectés par les établissements de transfusion sanguine à partir de donneurs volontaires bénévoles et anonymes.

Pour éviter tout effet indésirable :

- les donneurs font l'objet d'une sélection médicale rigoureuse
- les dons de sang subissent de très nombreux contrôles biologiques obligatoires et systématiques : recherche des virus de l'hépatite B, de l'hépatite C, du SIDA...

### COMMENT SE DEROULE UNE TRANSFUSION ?

Pour dépister et traiter si nécessaire d'éventuelles complications le plus tôt possible, il est recommandé de surveiller les personnes transfusées, notamment en pratiquant des tests de dépistage (virus de l'hépatite B, de l'hépatite C, du SIDA) ainsi qu'une recherche d'anticorps irréguliers avant toute transfusion. Ceci conformément à la législation en vigueur.

Après vérification de vos analyses immunologiques (groupe sanguin, anticorps irréguliers) et un contrôle ultime réalisé « au lit du malade », les produits à transfuser seront mis en place.

### ET APRES ? à votre sortie de la clinique vous seront remis les documents suivants :

- une lettre pour information à votre médecin traitant
- une information écrite sur la transfusion que vous avez reçue, accompagnée d'une ordonnance pour réaliser une prise de sang, trois mois après la transfusion.

Bien entendu, l'équipe médicale qui vous prend en charge reste à votre entière disposition pour tout complément d'information

Conformément aux textes réglementaires de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance, les médecins de la Clinique CONVERT, vous conseillent un bilan sérologique préalable à toute chirurgie potentiellement hémorragique et avant toute transfusion homologue.

## REGLES D'HYGIENE AVANT TOUT ACTE CHIRURGICAL, EXAMEN AU BLOC OPERATOIRE OU EXAMEN ANGIOGRAPHIQUE

---

Votre intervention ou votre examen sera réalisé dans un bloc opératoire ou une salle de radiologie interventionnelle. Ce sont des lieux où le nombre de microbes est réduit au minimum. Le corps humain est recouvert de nombreux microbes non dangereux dans la vie quotidienne mais qui peuvent le devenir lors d'un acte chirurgical ou d'un examen. C'est pourquoi, il faut prendre un certain nombre de précautions :

Oter tous les bijoux : boucles d'oreilles, alliance, montre, piercing.

Enlever le vernis à ongle (mains et pieds), les faux-ongles et couper les ongles courts.

La veille au soir : prendre une douche bétadinée juste avant le coucher. Insister sur les cheveux, le visage, le nez, les aisselles, le nombril, les parties anales et génitales, les pieds. Ne pas oublier de dépiler les zones indiquées par le chirurgien.

- Le jour de l'intervention :**
- Prendre à nouveau une douche bétadinée et mettre la chemise « opéré ».
  - Se brosser les dents sans avaler l'eau.
  - Si vous êtes porteur d'un appareil dentaire, auditif ou autre, le ranger dans le boîtier prévu à cet effet.
  - Ne pas se maquiller ni mettre de bijoux.

N'oubliez pas, il est très important de respecter les consignes données par l'infirmière.

**COORDONNEES DE LA CLINIQUE :**

---

Adresse :

---

Téléphone :

---

Fax :

---

E-mail :

**COORDONNEES DU SECRETARIAT D'ANESTHESIE - REANIMATION :**

---

Téléphone :

---

Fax :

---

E-mail :

**COORDONNEES DE LA DIRECTION DES SOINS :**

---

Téléphone :

---

Fax :

---

E-mail :

Ce document de 8 pages a pour objet de vous informer sur l'anesthésie. Il nous renseigne sur votre état de santé et nous permet de vous dispenser les meilleurs soins. Après avoir complété ce questionnaire, vous avez, le cas échéant, sollicité des explications complémentaires et votre signature au bas de ce document atteste que vous avez parfaitement compris les questions qui vous ont été posées et que vous acceptez la procédure qui vous a été proposée.

**DATE :**

**SIGNATURE :**

**Pour les mineurs, signature du ou des titulaires de l'autorité parentale.**