

BULLETIN PREOPERATOIRE **BROCHURE D'INFO, QUESTIONNAIRE, CONSENTEMENT INFORMÉ**

Information pour le médecin traitant, chirurgien ou médecin de famille

Cher collègue, le service d'anesthésie vous demande de compléter bien attentivement ce dossier préopératoire, en utilisant le "schéma préopératoire" ci-joint comme pièce annexe. (ce schéma est disponible en fiche plastifiée et vous sera envoyé sur simple demande.)

Compléter ce dossier préopératoire est essentiel pour déterminer le risque peropératoire et choisir la technique d'anesthésie. Ce dossier nous permettra aussi de remplir le dossier 'MKG' de votre patient.

Veillez transmettre toute information relevante sur les diagnostics associés, sur le passé médical et chirurgical, puis rajouter tous les examens complémentaires récents ou les prescrire selon la condition de santé de votre patient.

Les patients sous anticoagulants ou sous médicaments antiplaquettaires méritent toute notre attention. Il faut arrêter ces médicaments et les remplacer par des héparines sous-cutanées. La dernière dose de ces héparines sera faite le matin *précédent* l'intervention.

7 jours: Salicylates: e.a.: Aspirine, Aspro, Dispril, Asaflow, Acenterine, Cardioaspirine, Aspegic,

10 jours: Antiagrégants: e.a.: Ticlid & Anticoagulants: e.a.: Marcoumar, Marevan, Sintrom

Information préopératoire pour le patient

Cher patient, vous allez subir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou locorégionale. Pour que votre intervention se déroule dans les meilleures conditions de sécurité, il est essentiel que le médecin anesthésiste connaisse aux mieux votre passé médical et chirurgical. Le questionnaire ci-dessous n'est destiné qu'à améliorer la qualité et la sécurité de votre anesthésie et nous permettra de prescrire les examens complémentaires nécessaires.

Dans certains cas, ce questionnaire suffira comme seul document s'il est bien rempli. C'est le cas si vous avez moins de 50 ans, si vous êtes en bonne santé, si vous ne prenez pas de médicaments importants et si l'intervention est considérée comme 'mineure' ou 'intermédiaire'.

Dans tous les autres cas, des examens complémentaires sont nécessaires (analyse de sang, bilan cardiaque, imagerie médicale...)

Merci bien de vouloir remplir ce document. Vous pouvez le faire seul ou avec l'aide de votre médecin traitant. Soit votre chirurgien prescrira lui-même les examens complémentaires, soit il vous conseillera de consulter votre médecin de famille. Dans ce cas, votre chirurgien vous donnera tous les documents nécessaires pour que votre médecin traitant soit dans la possibilité de compléter votre dossier.

Questionnaire de santé préopératoire

Nom & Prénom : **Date de naissance :**
Age : ans, **Taille:** cm **Poids :** Kg
Date d'opération : **Type d'opération :**

Répondez ce questionnaire correctement en sélectionnant le OUI ou le NON après la question et en décrivant la maladie à l'endroit réservé

Souffrez-vous d'une maladie de cœur? Laquelle?.....	OUI	NON
Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> , Infarctus <input type="checkbox"/> , Pacemaker <input type="checkbox"/> , Bypass <input type="checkbox"/> , Dilatation coronaire <input type="checkbox"/> , Stent Coronaire <input type="checkbox"/> ,	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments pour le cœur? Veuillez noter sur la liste à coté s.v.p.!!!	OUI	NON
Êtes-vous court d'haleine au repos <input type="checkbox"/> , .. ou à l'effort <input type="checkbox"/> ?	OUI	NON
Souffrez-vous de douleur dans la poitrine, le cou ou le bras gauche au repos, <input type="checkbox"/> ou à l'effort <input type="checkbox"/> ?	OUI	NON
Souffrez-vous parfois de pieds gonflés? Quand?	OUI	NON
Avez-vous souffert d'une maladie des vaisseaux?	OUI	NON
Souffrez-vous de varices? <input type="checkbox"/> ; Avez-vous déjà eu une thrombose <input type="checkbox"/> ou phlébite? <input type="checkbox"/>	OUI	NON
.....		
Souffrez-vous de tension élevée? <input type="checkbox"/> /// de tension basse? <input type="checkbox"/>	OUI	NON
Si vous prenez des médicaments pour la tension, veuillez noter sur la liste à coté s.v.p.!!!		

Avez-vous souffert d'une maladie grave des poumons? (TBC, infections)	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments pour l'asthme <input type="checkbox"/> ? Pour la bronchite chronique <input type="checkbox"/> ?	OUI	NON
Veuillez les noter sur la liste à coté s.v.p.		
Souffrez-vous à ce moment d'un rhume ou d'une grippe?	OUI	NON
Souffrez-vous de diabète? Si vous en prenez des médicaments, veuillez noter sur la liste s.v.p.!!!	OUI	NON
Avez-vous souffert d'une maladie du foie? Hépatite A <input type="checkbox"/> , B <input type="checkbox"/> , C <input type="checkbox"/> , ou autre.....	OUI	NON
Souffrez-vous d'une maladie d'estomac? (ulcère, brulants)	OUI	NON
Souffrez-vous de maladie thyroïdienne?	OUI	NON
Souffrez-vous d'une maladie des reins? Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> , calculs <input type="checkbox"/> , infections <input type="checkbox"/> ,	OUI	NON
Souffrez-vous d'une maladie des yeux? Laquelle?	OUI	NON

Souffrez-vous d'une maladie neurologique? Epilepsie <input type="checkbox"/> , vertiges <input type="checkbox"/> , syncopes <input type="checkbox"/> ,	OUI	NON
Souffrez-vous de dépression <input type="checkbox"/> , agressivité <input type="checkbox"/> , autre maladie psychiatrique?	OUI	NON

Souffrez-vous de rhumatismes <input type="checkbox"/> , arthrite <input type="checkbox"/> , ou inflammation des articulations <input type="checkbox"/> ?.....	OUI	NON
Souffrez-vous de problèmes au dos ou au cou? Lesquels?	OUI	NON
Pouvez-vous ouvrir votre bouche? (mettre deux doigts (3 à 4 cm) entre les dents?)	OUI	NON

Souffrez-vous d'obésité (poids élevé)? BMI > 30 est à rapporter	OUI	NON
BMI : poids en KG divisé par votre taille (m, cm) en quadrat. Au dessous quelques exemples de BMI > 30		
Taille/poids 150/>68, 155/>71, 160/>76, 165/>82, 170/>86, 175/>91, 180/>96, 185/>101, 190/>107		

Fumez-vous? Si 'OUI', combien?	OUI	NON
Si vous êtes arrêté, depuis combien de temps?		
Buvez-vous régulièrement de l'alcool? (combien? fréquence?).....	OUI	NON
Utilisez-vous d'autres drogues? lesquelles? fréquence?	OUI	NON
Portez-vous des lentilles de contact <input type="checkbox"/> ... appareil d'ouïe <input type="checkbox"/> ... ongles artificiels <input type="checkbox"/> ... piercings <input type="checkbox"/>	OUI	NON
Avez-vous un dentier amovible? <input type="checkbox"/> ... des fausses dents fixes <input type="checkbox"/> ... des dents qui bougent <input type="checkbox"/>	OUI	NON
Êtes-vous sensible aux nausées, vomissements, maladie de voyage?	OUI	NON

Y-a-t'il des membres de famille qui souffrent d'une maladie congénitale ou héréditaire?	OUI	NON
Si "oui" laquelle?		
Souffrez-vous d'une maladie infectieuse? SIDA/HIV <input type="checkbox"/> ... Malaria <input type="checkbox"/> Autre??	OUI	NON

Souffrez-vous de saignements du nez ou des gencives, d'hémorragies anormales lors d'une blessure? .	OUI	NON
Prenez-vous des médicaments qui ont un effet anticoagulant ou antiagrégant?	OUI	NON
Si "OUI" notez ci-dessous s.v.p. et respectez les avis concernant ces médicaments!!!		
Avez-vous déjà eu des transfusions sanguines et pourquoi?	OUI	NON
Avez-vous réagi de façon allergique à une transfusion?	OUI	NON

Prenez-vous régulièrement des médicaments? OUI NON
S.v.p. notez ci-dessous tous les médicaments, ainsi que les calmants ou les médicaments homéopathiques

Médicament (capitales)	Pour quel problème?	Combien // quand

Êtes-vous allergique? OUI NON
Si "OUI", spécifiez ci-dessous envers quoi et décrivez le type de réaction
médicaments sparadrap désinfectants nourriture(s)
caoutchoux latex anesthésiques locaux (dentiste) ... plantes, pollen, arbres autres
Lesquels? Quelle réaction?
Lesquels? Quelle réaction?
Lesquels? Quelle réaction?

Avez-vous déjà été opéré ? OUI NON
Type d'opération? Date?
Type d'opération? Date?
Type d'opération? Date?
Type d'opération? Date?
Après l'opération avez-vous souffert de l'anesthésie? OUI NON

Pour les femmes : êtes-vous enceinte? /// Pourriez-vous être enceinte? OUI NON

Y a-t-il d'autres renseignements importants que vous désirez mentionner? OUI NON
.....
.....
.....

Voulez-vous encore consulter l'anesthésiste avant d'entrer en salle d'opération ? OUI NON

J'ai lu le contenu de ce questionnaire, je l'ai bien compris et je déclare l'avoir rempli correctement.

Authentifié sur (date) Signature

Notez si dessous s.v.p. le nom ou les coordonnées du médecin qui a :

1 : lu et complété le questionnaire

2 : ordonné et coordonné les examens préopératoires

Docteur: Signature:

Cachet

Information a propos de l'anesthésie, les complications possibles et le prix de l'anesthésie

- Vous trouverez toutes les informations a propos de l'anesthésie, les effets secondaires et complications possibles dans la brochure mise à votre disposition au département ou vous serez hospitalisé.
- Si vous désirez être mieux informé avant votre hospitalisation vous pouvez consulter notre website : www.anesthesie-monica.be (Néerlandais).
- L'information générale concernant le prix de l'anesthésie et les suppléments possibles se trouvent dans la même brochure et sur le website du service. Vous pouvez également obtenir une information plus détaillée et une estimation du prix en contactant un des deux secrétariats du service d'anesthésie. Voir ci- dessous pour les informations de contact (une estimation n'est possible qu'en mentionnant le numéro de nomenclature de l'intervention ou une description exacte de celle-ci en tenant compte du choix de la classe de chambre). Vous pouvez obtenir l'information complémentaire sur le prix de votre hospitalisation via le numéro +32 (0)32402725.
- Si votre admission est prévue au campus Antwerpen veuillez poser les questions spécifiques via le n° +32 (0)32402278. Vous pouvez aussi venir à la consultation préopératoire (libre) au campus Antwerpen, chaque jour, **sauf le mardi**, de 16 à 18 h. Il faut apporter ce questionnaire ainsi que les résultats des examens préopératoires (si déjà faits).
- Si votre admission est prévue au campus Deurne, veuillez contacter un anesthésiste durant les heures d'activités au numéro +32 (0)33206060 pour des questions plus spécifiques sur l'anesthésie ou pour fixer un rendez-vous pour une consultation préopératoire.

Avis importants pour le patient

- Apportez la brochure correctement remplie et le resultat des analyses effectuées, lors de votre admission à l'hôpital.
- Il est interdit de manger, boire ou fumer six heures avant toute intervention sous anesthésie générale ou régionale.
- Il est interdit d'apporter des bijoux, montre ou objets précieux, ou bien, vous devez les confier au personel infirmier. Les piercings eventuels doivent être enlevés à l'avance.
- Prothèses dentaires, lunettes, appareils d'ouïe, lentilles de contact, épingles de cheveux ou peignes doivent rester dans la chambre.
- Tout maquillage, rouge à lèvres et vernis à ongles doivent être enlevés d'avance.
- Tout vêtement serrant est indésirable.

Consentement informé du service d'anesthésie

Le soussigné (nom, prénom)

- A reçu l'information orale du médecin traitant et son équipe, a lu la brochure d'information, l'a comprise, et déclare respecter tous les directifs pré- et post-opératoires.
- A rempli le questionnaire et a laissé faire toutes les analyses nécessaires.
- Est d'accord qu'il/elle pourrait être hospitalisé(e) même si l'opération a été prévue en clinique de jour, et accepte d'être raccompagné par une personne tiers après la chirurgie et de rester le nuit suivant l'opération sous la surveillance d'un adulte.
- Comprend que l'intervention peut (exceptionnellement) être remise pour raison médicale par l'anesthésiste.
- Est au courant qu'il est défendu de conduire une voiture, moto ou vélo, de faire un travail dangereux (activer des machines etc ...) jusqu'à 24 heures après l'intervention, quel que soit le type d'anesthésie.
- A encore les questions suivantes à propos de l'anesthésie, et désire en parler à l'anesthésiste en charge avant l'opération.

.....
.....
.....

- Donne son plein accord pour l'anesthésie convenue d'avance.

Date Signature

Service d'anesthésie, contact info website: www.anesthesie-monica.be

Campus Antwerpen

Secrétariat: +3232402278 (christel.roodhooft@azmonica.be)

Service: +3232402278 (anesthesieca@azmonica.be)

Campus Deurne

+3233205643 (secranethesiecd@azmonica.be)

+3233206060 (aad@azmonica.be)