



# Livret du patient pour opération ou intervention sous anesthésie

ÉTIQUETTE DU PATIENT

Ce livret du patient est réalisé en collaboration avec des associations des docteurs généralistes suivants:



HUISARTSENKRING - V.Z.W.  
IZEGEM-INGELMUNSTER-LENDELEDE



Cher patient

Vous trouverez dans ce livret toutes les informations nécessaires ainsi que les formulaires qu'il y a lieu de compléter pour l'opération ou l'intervention que vous devez subir sous anesthésie. Pour que cela se déroule rapidement, cela doit être fait avant votre admission.

Prenez rendez-vous chez votre généraliste au moins deux semaines avant l'intervention programmée.

Si vous prenez des **HÉMODILUANTS/ANTICOAGULANTS** ou si vous êtes **ALLERGIQUE**, veuillez le signaler à votre médecin.

Si vous souhaitez un complément d'informations, si vous avez des questions ou si vous désirez consulter un anesthésiste au préalable, vous pouvez contacter le service responsable de la préparation de votre hospitalisation ou le secrétariat du département d'anesthésie :

## Livret du patient – Table des matières

Informations fournies par le médecin traitant	Pages 4 et 5
Formulaires de consentement	Pages 6 et 7
Questions	Pages 8, 9 et 10
Listes de médicaments	Pages 11
Examen clinique réalisé par le généraliste	Pages 12 et 13
Politique de médication	Page 14

## Service responsable de la préparation de l'hospitalisation

**Campus Rumbeke**  
Deltalaan 1  
8800 Roulers  
051 23 72 55

**Campus Brugsesteenweg**  
Brugsesteenweg 90  
8800 Roulers  
051 23 64 64

**Campus Menin**  
Oude Leielaan 6  
8930 Menin  
056 52 20 32

**Campus Rembert Torhout**  
Sint-Rembertlaan 21  
8820 Torhout  
050 23 27 46

e-mail: [preopbeleid@azdelta.be](mailto:preopbeleid@azdelta.be)

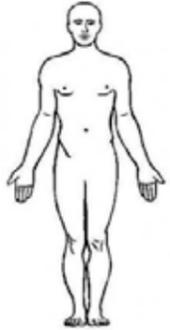
## Service d'anesthésie

Secrétariat : 051 23 70 39  
E-mail: [secretariaat.anesthesie@azdelta.be](mailto:secretariaat.anesthesie@azdelta.be)

ÉTIQUETTE DU PATIENT

**CAMPUS** Rumbeke Brugsesteenweg Menin Torhout  
**TYPE DE PRISE EN CHARGE** Hospitalisation Hôpital de jour Prise en charge post-op. / soins intensifs  
**DURÉE PRÉSUMÉE DU SÉJOUR** ..... /jours.

DATE DE LA PRISE EN CHARGE : .....	HEURE : .....	DATE DE L'OPÉRATION : .....
RAISON DE LA PRISE EN CHARGE :	ÉLECTIVE	(SEMI-)URGENTE

	<b>Latéralité de l'opération :</b>				
	Droite	Gauche	sans objet		
	<b>Proposition d'anesthésie :</b>				
	Locale	Plexus	épidurale/ rachidienne	Sédation	General
<b>Groupe sanguin :</b>					
Détermination du groupe sanguin et test de Coombs indirect (à l'AZ Delta)					
<b>Droite Gauche</b>					
<b>ALLERGIE CONNUE :</b> .....					

<b>COAGULANTS SANGUINS</b>	Pour une consultation éventuelle : nom du médecin : Dr. ....		
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :

AUTRES MÉDICAMENTS À ARRÊTER ÉVENTUELLEMENT :

TYPE D'INTERVENTION (ENTOUREZ LA MENTION CORRECTE)

Mineure	Intermédiaire	Majeure
Ex. : Exérèse d'une lésion cutanée ou d'une glande de Bartholin Drainage d'un abcès à la poitrine Canal carpien Correction de la cloison nasale Hydrocèle Cataracte ...	Ex. : Tympanoplastie Incision Cholécystectomie laparoscopique ...	Ex. : Hystérectomie abdominale Prothèse articulaire (hanche, genou) RTU de la prostate Neurochirurgie Thyroïdectomie Néphrectomie Curage ganglionnaire cervical radical Chirurgie abdominale lourde, ...

REMARQUES : SI > 70 ANS : AU MINIMUM ASA II

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
<b>Classification ASA</b>	Patient normal en bonne santé  Ex. : patient présentant une bonne tolérance à l'effort	Patient atteint d'une affection systémique légère  Ex. : hypertension bien traitée - diabète maîtrisé - obésité moyenne - anémie - bronchite chronique légère	Patient atteint d'une affection systémique invalidante qui limite son activité normale  Ex. : hypertension sévère et irrégulière - diabète incontrôlé ou irrégulier - angine de poitrine modérée - début de décompensation cardiaque	Patient atteint d'une affection systémique invalidante mettant constamment sa vie en danger  Ex. : angine de poitrine au repos - insuffisance pulmonaire - insuffisance rénale - insuffisance cardiaque - insuffisance hépatique
<b>Interv. mineure</b>	Anamnèse + Évaluation clinique ECG si > 65 ans Labo sur indication	Idem ASA I + Labo sur indication	Anamnèse + évaluation clinique + Labo + ECG	
<b>Interv. inter- médiaire</b>				
<b>Interv. majeure</b>	Anamnèse + évaluation clinique Labo + ECG > 65 ans			

CONSIGNES

- Labo** BG + test Coombs indirect : / /20 (AZ Delta):  **ECG**  
sur indication : ex. RX-thorax, ...
- Consultation généraliste** ..... Date:.....
- Consultation cardio, pneumo, néphro, endocrino :** ..... Date:.....
- Consultation anesthésiste** ..... Date:.....
- Pacemaker** NON OUI avis pré-op. adaptation du PM
- Défibrillateur** NON OUI avis cardiologue
- Neurostimulator present** NON OUI apporter l'appareil de commande
- Deep Brain Stimulator** NON OUI avis neurochirurgien
- Pompe à insuline sous-cutanée** NON OUI avertir l'infirmière du service de diabétologie

**AUTORISATION REQUISE À DONNER PAR LE PATIENT SUR LA BASE DES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES SUR L'OPÉRATION/LE TRAITEMENT/L'EXAMEN**

Le dr. .... m'a informé(e) En date du ...../...../ 20 .....

concernant l'opération / le traitement / l'examen suivant(e)

.....

**Date ...../ ...../ 20 .....** sur le campus de Rumbleke / Brugsesteenweg / Menin / Torhout

Le médecin m'a communiqué de plus amples informations concernant :

- l'état de santé, le diagnostic et l'opération/le traitement/l'examen qui se déroulera;
- la raison, la durée, le degré d'urgence, le but et la fréquence de ce(tte) opération/traitement/examen;
- les chances de réussite;
- les avantages et inconvénients, les complications éventuelles et les effets secondaires durant l'intervention et/ou la période de récupération/convalescence;
- les précautions à prendre et notamment les examens nécessaires à effectuer avant et après l'opération/le traitement/l'examen;
- les alternatives possibles et les chances de récupération avec et sans l'intervention;
- le coût et la part personnelle à prendre en charge en tant que parent.

J'ai reçu une réponse claire à toutes les questions que j'ai posées et je dispose de toutes les informations dont j'ai besoin pour décider en toute liberté de faire procéder à l'opération/au traitement/à l'examen de mon enfant. J'ai également reçu (pour autant qu'il en existe une disponible) une brochure d'information sur le sujet, portant le numéro (voir rabat de couverture, dans l'angle inférieur droit, 0520 .....

Je sais que je peux à tout moment poser mes questions au médecin et m'adresser au service financier (factuur@azdelta.be ou 051 23 76 66) pour tout ce qui concerne la facturation...

Je respecterai strictement les indications de mon médecin afin que l'opération/le traitement/l'examen ainsi que la récupération/convalescence se déroulent de la façon la plus favorable possible. Je suis conscient(e) que même en prenant un maximum de précautions, les médecins et le personnel infirmier ne peuvent offrir aucune garantie absolue de réussite.

J'autorise le médecin à pratiquer tout acte médical complémentaire – en relation avec le motif justifiant le traitement initial – qui s'avérerait nécessaire pour la récupération/convalescence ou la préservation de mon état de santé.

Je confirme autoriser le médecin soussigné à pratiquer l'opération/le traitement/l'examen en collaboration avec un autre médecin ou un assistant en formation. Dans certaines circonstances exceptionnelles, le médecin que j'ai choisi peut se faire remplacer par un collègue. J'autorise la présence éventuelle de personnes externes durant la procédure (p.ex. des représentants en matériel prothétique nécessaire à la procédure, des kinésithérapeutes, des médecins stagiaires, une infirmière stagiaire...).

Je peux réviser mon jugement à tout moment et renoncer à cette intervention. Pour ce faire, je contacte le médecin qui me traite.

J'autorise la prise de clichés photographiques anonymisés et je marque mon accord pour que ceux-ci soient éventuellement utilisés à des fins formatives et/ou pour des publications scientifiques.

Fait à Menin / Roulers / Torhout  
**Patient ou représentant légal**  
 Prénom et nom + signature + mention "Lu et approuvé"

le ...../...../20..... à ..... h .....  
**Médecin traitant**  
 Signature et cachet

**AUTORISATION POUR L'ANESTHÉSIE ET L'ANALGÉSIE (ANTIDOULEURS)**

Je sais qu'une anesthésie générale et/ou une anesthésie locorégionale et des antidouleurs sont indiqués dans l'opération ou la procédure planifiée. Je donne mon consentement à cet égard à un anesthésiste agréé.

J'ai lu attentivement les brochures d'information "Anesthésie" et "Chirurgie en hospitalisation complète – Information à l'admission" ou "Chirurgie ambulatoire – Information à l'admission". En cas de questions, je peux m'adresser au service d'anesthésie pour de plus amples explications.

Je comprends que l'anesthésie générale et l'analgésie comportent des risques. Je suis conscient que les risques peuvent être plus importants si je ne respecte pas les directives mentionnées dans les brochures. Les risques peuvent aussi être plus importants en fonction de mon état de santé. Je déclare également consentir à une éventuelle hospitalisation ultérieure si cela s'avérait nécessaire.

Je serai à jeun avant l'opération.

Le matin de l'opération ou de la procédure, je prendrai mon médicament avec un peu d'eau, sauf prescription contraire du médecin traitant. (Pensez surtout aux anticoagulants.)

Je ne boirai pas d'alcool jusqu'à 24 heures après l'intervention.

Je ne quitterai pas l'hôpital sans accompagnement. La nuit qui suit l'intervention, je ne pourrai pas conduire une voiture, une moto ou un vélomoteur, circuler à vélo ou utiliser des machines.

Je ne signerai pas de documents importants et je ne prendrai pas de décisions importantes.

Une personne sera présente chez moi la nuit suivant l'opération.

Je sais que l'anesthésiste ne peut garantir le résultat de l'anesthésie et/ou de l'analgésie. Je comprends et je sais que le type d'anesthésie et/ou d'analgésie peut être modifié à mon insu si cela s'avère nécessaire.

Fait à Menen / Roeselare / Torhout le ...../...../20.....  
 Patient ou représentant légal  
 Prénom et nom + signature + « Lu et approuvé »

**AUTORISATION DE TRANSFUSION SANGUINE**

Je déclare par la présente que des produits sanguins peuvent m'être administrés si nécessaire.

J'ai reçu les informations relatives à la transfusion sanguine. (brochure d'information "Anesthésie")

J'ai compris les informations relatives à la transfusion sanguine.

Je souhaite qu' AUCUN produit sanguin ne me soit administré. (joindre l'attestation)

Fait à Menen / Roeselare / Torhout le ...../...../20.....  
**Patient ou représentant légal** (prénom et nom + signature + « lu et approuvé »)

À compléter par le PATIENT

<b>ÂGE :</b>	<b>TAILLE :</b>	<b>POIDS :</b>
ALLERGIE Oui / Non / Je ne sais pas .....		
Si oui : à quel produit ? P.ex. latex, médicament (p.ex. antibiotiques), banane ou kiwi, iode (désinfectant ou liquide de contraste), autre : .....		
Quelle réaction se produit ? P.ex. : forts vomissements, diarrhée, éruption cutanée, gonflement des lèvres, problèmes respiratoires, choc ? .....		
Note : en cas d'ingestion d'antibiotiques, la survenue d'une diarrhée ou l'apparition d'une infection mycosique n'est qu'un effet secondaire et non un signe d'allergie.		
PACEMAKER / DÉFIBRILLATEUR	NEUROSTIMULATEUR	DEEP BRAIN STIMULATOR

Avez-vous déjà subi une opération sous anesthésie générale ou partielle ? Si oui, en quelle année ou à quel âge, pour quelle intervention et quel traitement ? ..... ..... .....	Oui / Non
Avez-vous déjà été traité(e) par votre généraliste ou hospitalisé(e) pour certaines maladies ? Si oui, en quelle année ou à quel âge, et pour quelles affections ? ..... ..... .....	Oui / Non
Avez-vous déjà réagi de façon inhabituelle lors d'une anesthésie antérieure ? Si oui, décrivez la réaction le plus précisément possible. ..... ..... .....	Oui / Non
Un membre de votre famille a-t-il déjà connu un problème lors d'une anesthésie ? Si oui, décrivez-le aussi précisément que possible : .....	Oui / Non

À compléter par le PATIENT

Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....	Oui / Non
Buvez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de verres par jour ?..... ou par semaine ? .....	Oui / Non
À quelle fréquence buvez-vous au moins 6 verres (pour les femmes) / 8 verres (pour les hommes) lors d'une occasion particulière ? <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> moins de 1x par mois <input type="radio"/> chaque mois <input type="radio"/> chaque semaine <input type="radio"/> chaque jour	
Consommez-vous des drogues, des stupéfiants ou des stimulants ? Lesquels ? .....	Oui / Non
Pour pour les femmes : êtes-vous potentiellement enceinte ?	Oui / Non
Présentez-vous des problèmes cardiaques, un souffle au cœur, une arythmie cardiaque, une douleur dans la poitrine ? Vous a-t-on placé un stent ? Avez-vous subi une dilatation ? Si oui, veuillez décrire : ..... .....	Oui / Non
Présentez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse ? Quelle est votre tension artérielle habituelle ? ..... / .....	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà évanoui(e) ou avez-vous fait un malaise ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Êtes-vous vite essoufflé(e) et ressentez-vous une oppression au niveau de la cage thoracique lorsque vous faites un effort ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Souffrez-vous de troubles respiratoires, d'asthme ou de bronchite chronique ? Si oui, veuillez décrire : ..... ..... .....	Oui / Non
Utilisez-vous un appareil CPAP nocturne ? Si oui, veuillez l'emporter avec vous.	Oui / Non
Êtes-vous essoufflé(e) au repos ou lorsque vous êtes allongé(e) ?	Oui / Non
Avez-vous des varices ?	Oui / Non
Avez-vous déjà été victime d'une phlébite / d'un caillot sanguin à la jambe ? Avez-vous déjà été victime d'une embolie pulmonaire (caillot de sang dans les poumons) ?	Oui / Non Oui / Non
Présentez-vous des troubles de la coagulation ? Continuez-vous à saigner longtemps après vous être occasionné une plaie, lorsque vous saignez du nez ou en cas d'extraction dentaire ?	Oui / Non
Êtes-vous en traitement chez un hématologue ?	Oui / Non
Vous a-t-on déjà administré des produits sanguins ? Si oui, cela a-t-il donné lieu à des problèmes ? .....	Oui / Non



Cher confrère

Une politique/procédure préopératoire de qualité présente divers avantages, notamment une diminution de la morbidité péri-opératoire, une plus grande satisfaction du patient, une sécurité accrue, une planification plus efficace... C'est pourquoi nous comptons sur votre collaboration. Les examens effectués depuis moins de 6 mois ne doivent pas être répétés **sauf** en cas de changement récent de l'état clinique.

**ANAMNÈSE**

(données importantes ne figurant pas dans le questionnaire) :

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

**EXAMEN CLINIQUE**

CARDIAQUE/VASCULAIRE : Tension artérielle.: ..... mmHg, Pouls:.. /min.

.....  
.....

RESPIRATOIRE :

.....  
.....

GASTRO-INTESTINAL :

.....  
.....

UROGÉNITAL :

.....  
.....

NEUROLOGIQUE/ LOCOMOTEUR :

.....  
.....

INFECTIEUX (SDRM, AUTRE ?)

.....  
.....

AUTRES :

.....  
.....

**EXAMENS TECHNIQUES (cf. consigne p.5)**

ECG-protocol: .....  
(veuillez joindre votre propre ECG ou une copie, svp.)

Screening SDRM : effectué par :  AZ Delta  GP ...../...../ 20.....

LABO veuillez joindre le protocole ou transmettre les résultats par mail à [preopbeleid@azdelta.be](mailto:preopbeleid@azdelta.be)

Date de la prise de sang : ...../...../ 20..... (labo:.....)

**AUTRES EXAMENS TECHNIQUES :** p.ex. : RX du thorax : uniquement en cas d'indication clinique

**REMARQUES du GÉNÉRALISTE à l'attention du SPÉCIALISTE et/ou des INFIRMIÈRES du DÉPARTEMENT :**

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

Cachet du généraliste

Signature

Date ...../...../20.....

Pour toute question médicale complémentaire relative à la politique menée en manière de procédure préopératoire, veuillez envoyer un mail à l'adresse :

[\*\*preopbeleid@azdelta.be\*\*](mailto:preopbeleid@azdelta.be)

**Veillez poursuivre la médication régulière, y compris le matin du jour de l'intervention !**

Remarque : anti-arythmiques : toujours poursuivre l'administration ; si ablation : voir l'avis du cardiologue.

**MÉDICAMENTS DONT L'ADMINISTRATION PRÉOPÉRATOIRE DOIT ÊTRE INTERROMPUE !**

Dernière prise : LA VEILLE	
<b>DIURÉTIQUES</b>	
<b>Inhibiteurs des ECA, SARTANS</b>	auf : insuffisance cardiaque chronique et fonction ventriculaire fortement réduite (EF<30%) : poursuivre l'administration le jour-même
<b>ANTIDIABÉTIQUES ORAUX/ INCRÉTINO-MIMÉTIQUES</b>	Exception : metformine ou préparations combinées et inhibiteurs du SGLT-2 (tels que Jardiance, Forxiga, Invokana, Steglatro) ou les produits combinés (Xigduo, Vokanamet, Synjardy, Segluromet) : LES ARRÊTER 48 h avant l'intervention
<b>Si diabète type 1: Enregistrement prise à 8h</b>	prise à 8h : pose d'une perfusion de glucose + administration d'une demi-dose d'insuline - apporter le stylo à insuline et le glucomètre
<b>MÉDICATION pour le SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : TCA , ISRS, lithium (Camcolit®, Maniprex®), antipsychotiques, neuroleptiques,...</b>	
<b>INHIBITEURS DE LA MAO : Moclobémide®, Selegiline (Eldépryl®)</b>	Remarque : Eldepryl® (traitement de la maladie de Parkinson) : une demi-dose le matin même  Exception : généralement ne pas interrompre, contacter le DVO (Dienst Voorbereiding Opname - Service de préparation des admissions) pour concertation, en cas de doute
<b>THÉOFYLLINE : Xanthium®</b>	
<b>ÉCHANGEURS D'ANIONS : Questran®, Colestid®</b>	
<b>FIBRATES : Ciprofibrate®, Hyperlipen®, Fénofibrate®, Lipanthyl®, Lipanthylnano®, ...</b>	myopathie, rhabdomyolyse, insuffisance rénale
<b>NSAID (traitement d'entretien préopératoire)</b>	sauf NSAID à action longue durée (Arcoxia®, Feldène®, Brexine®, Meloxicam®, Naproxen®, Piroxicam®, ...) : arrêt ≥ 3 jours auparavant si le contrôle de la douleur le permet
Médicaments dont l'ingestion doit être interrompue plus longtemps à l'avance	
<b>ANTICOAGULANTS</b>	cf. les consignes figurant sur le site web de l'AZ Delta où le conseil du médecin
<b>METFORMINE ou préparation combinée contenant de la metformine + inhibiteurs des SGLT2 ou préparations combinées</b>	dernière ingestion 48h avant l'opération (acidose lactique et insuffisance rénale)
<b>INHIBITEUR de la MAO : Fenzine (Nardelzine®)</b>	Généralement ne pas interrompre, contacter le prescripteur en cas de doute.
<b>SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES : millepertuis, valériane, vitamine E, ginkgo biloba, ail, ginseng, riz rouge, ...</b>	arrêt ≥7 jours à l'avance
<b>IMMUNOMODULATEURS : Arava®, Humira®, Ledertrexate®, ...</b>	Généralement ne pas interrompre, contacter le prescripteur du médicament concerné en cas de doute.

L'AZ Delta et les médecins ne peuvent être tenus pour responsables de complications résultant de l'application des directives reprises dans cette brochure.

Plus d'info?

[www.azdelta.be/fr](http://www.azdelta.be/fr)