



Livret du patient

pédiatrique hospitalisé pour
une opération ou un traitement
sous anesthésie

ÉTIQUETTE PATIENT

Ce livret préopératoire à l'attention des patients a été réalisé en collaboration avec les associations de médecins généralistes suivantes :



COORDONNÉES DU PATIENT :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : OM OF
Téléphone des parents :
Personne de contact : Téléphone :
Généraliste/pédiatre : Dr

SOMMAIRE

Information donnée par le médecin traitant	Page 4
Formulaires d'autorisation	Pages 5 en 6
Questionnaires	Pages 7 en 8
Listes de médicaments	Page 9
Examen clinique par le généraliste ou le pédiatre	Page 9
Politique en matière de médicaments	Page 10
Liste de contrôle pour le service infirmier, à vérifier à l'admission	Page 11

Cher parent, cher tuteur,

Ce livret rassemble toutes les informations et les formulaires qui doivent être complétés pour l'opération ou le traitement sous anesthésie que doit subir votre enfant. Pour que l'admission se déroule rapidement, nous vous conseillons de les remplir avant l'hospitalisation du patient.

Veillez donc compléter le questionnaire et la liste des médicaments qui figurent aux pages 7, 8 et 9. Lors de l'admission de votre enfant, emportez avec vous son livret du patient et remettez-le à l'infirmière du service.

Si votre enfant est actuellement malade ou enrhumé, ou s'il souffre d'une affection particulière, veuillez d'abord contacter votre généraliste ou le pédiatre traitant. Pour toute information complémentaire ou autre question, ou si vous souhaitez consulter un anesthésiste au préalable, veuillez contacter le secrétariat du service d'anesthésie ou le service pédiatrique du campus ou l'opération/l'examen de votre enfant est programmé(e).



Service pédiatrique

Campus Rumbeke
Deltalaan 1
8800 Roulers
Service pédiatrique

t 051 23 62 31
Hôpital pédiatrique
t 051 23 63 38

Campus Menin
Oude Leielaan 6
8930 Menin
Service pédiatrique

t 056 52 24 90
Hôpital de jour
t 056 52 24 50

Campus Rembert Torhout
Sint-Rembertlaan 21
8820 Torhout
Service pédiatrique

t 050 23 23 41

Service d'anesthésie

Campus Roulers / Menin
Téléphone secrétariat : 051 23 70 39
Préparation des admissions
Adresse e-mail : secretariaat.anesthesie@azdelta.be

Campus Rembert Torhout
Service de préparation des admissions
Téléphone : 050 23 27 46

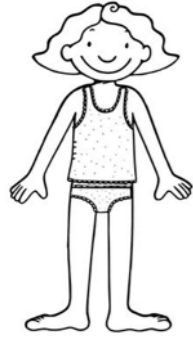
ÉTIQUETTE PATIENT

Personne de contact :

N° de téléphone :

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

	Latéralité de l'opération :			
	Droite	Gauche	Sans objet	
	Proposition d'anesthésie :			
	Locale	Plexus	Épidurale/ rachidienne	Sédation générale
	Groupe sanguin :			
Détermination du groupe sanguin et test de Coombs indirect (à l'AZ Delta)				
ALLERGIE CONNUE :				

Politique en matière de médication : arrêt préopératoire des médicaments ?

Avis du pédiatre :

DÉPLIANT À REMETTRE :

- Brochure « L'anesthésie chez les enfants : brochure d'information à l'attention des parents et des enfants »
- Dépliant d'information du patient à propos de l'intervention ou de l'examen sous anesthésie (si disponible)

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

En date du / / 20....., le Dr m'a informé(e) concernant

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

prévu(e) le / / 20..... sur le campus : Rumbeke / Brugsesteenweg / Menin / Torhout

Le médecin m'a donné en particulier des détails concernant :

- l'état de santé de mon enfant, le diagnostic et l'opération/le traitement/l'examen qui se déroulera ;
- la raison, la durée, l'urgence, la nature, l'objectif et la fréquence de ce(tte) opération/traitement/examen ;
- les chances de réussite ;
- les avantages et inconvénients, les complications éventuelles et effets secondaires possibles 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 suis informé(e) que je peux également trouver des informations complémentaires sur le site web www.azdelta.be ou sur le site web dédié à la prise en charge des enfants.

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 70 54) 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 l'état de santé de mon enfant.

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

le/...../20.....

Parent ou représentant légal

Prénom et nom + signature + mention « Lu et approuvé »

Médecin traitant

Signature et cachet

AUTORISATION DE PROCÉDER À UNE ANESTHÉSIE, UNE ANALGÉSIE (ADMINISTRATION D'ANTIDOULEURS) ET À UNE TRANSFUSION SANGUINE :

Je sais qu'une anesthésie générale et/ou locorégionale et une analgésie sont recommandées pour l'opération ou l'intervention planifiée. J'autorise l'anesthésiste agréé qui co-signe le présent document à y procéder.

J'ai lu attentivement la brochure « L'anesthésie chez les enfants : brochure informative à l'attention des parents et des enfants ». En cas de questions éventuelles, je peux consulter le service d'anesthésie et obtenir de plus amples explications auprès de lui.

Je comprends que l'anesthésie générale et l'analgésie entraînent des risques et je suis conscient(e) que ces risques peuvent être plus importants si je ne respecte pas les consignes édictées dans la brochure. Ces risques peuvent également être plus importants en fonction de l'état médical de mon enfant. Je marque également mon accord avec une hospitalisation éventuelle de mon enfant si cela devait s'avérer nécessaire.

Mon enfant sera à jeun pour l'opération. (Veuillez consulter les consignes dans le dépliant informatif « L'anesthésie chez les enfants »). Le matin de l'opération ou de l'intervention, mon enfant prendra ses médicaments avec un peu d'eau, sauf indications contraires du médecin traitant.

Mon enfant ne quittera pas l'hôpital sans accompagnement. Durant les 24 premières heures après l'intervention, mon enfant ne fera pas de vélo.

Quelqu'un sera présent à domicile durant les 24 premières heures après l'opération.

Je sais que l'anesthésiste ne peut garantir le résultat de l'anesthésie ni 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.

Par la présente, je déclare autoriser que des produits sanguins soient administrés à mon enfant si nécessaire. (En cas de désaccord, veuillez biffer cette phrase et confirmer par écrit ci-dessous qu'aucun produit sanguin ne peut être administré à votre enfant, puis apposez votre signature et joignez une attestation)

Nom :

Raison :

Fait à Menin / Roulers / Torhout

le/...../20.....

Parent ou représentant légal

Prénom et nom + signature + mention « Lu et approuvé »

Médecin traitant

Signature et cachet

ÂGE :	TAILLE :	POIDS :
ALLERGIE : Oui / Non / Je ne sais pas		
Si oui : à quel produit ? p.ex. latex, médicaments (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.		
VOTRE ENFANT A-T-IL ÉTÉ VACCINÉ RÉCEMMENT CONTRE LES OREILLONS, LA ROUGEOLE OU LA SCARLATINE ?		
SI OUI, IL Y A LIEU D'ATTENDRE SI POSSIBLE AU MOINS 14 JOURS AVANT DE PROCÉDER À L'INTERVENTION PLANIFIÉE.		

Votre enfant a-t-il 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
A-t-on déjà constaté un syndrome ou une affection particulière chez votre enfant ? Cœur : Tension artérielle : Voies respiratoires ou poumons : Estomac ou intestins : Pancréas / diabète : Système osseux : Cerveau / système nerveux : Reins : Foie : Peau : Muscles : Sang ou troubles de la coagulation : Autres :	Oui/Non

Votre enfant a-t-il déjà été victime de problèmes avant, pendant ou après une anesthésie générale précédente ? Si oui, décrivez très précisément de quelle réaction il s'agissait.	Oui/Non
--	----------------

Pour autant que vous en ayez connaissance, un membre de votre famille a-t-il déjà été victime de problèmes pendant ou après une anesthésie générale ? Si oui, décrivez-les précisément.	Oui/Non
---	----------------

À compléter par : le PARENT / GÉNÉRALISTE

Si votre enfant a moins de 8 mois : était-il prématuré à la naissance ? Si oui, quelle avait été la durée de la grossesse (en semaines) ?	Oui/Non
Y a-t-il déjà eu dans la famille des cas de nouveau-nés décédés de la mort subite du nourrisson ?	Oui/Non
Votre enfant saigne-t-il facilement (saignements de nez, saignements prolongés en cas de blessure,...) ? Si oui, veuillez contacter votre généraliste ou le pédiatre avant l'opération.	Oui/Non
Y a-t-il dans la famille un membre qui présente des problèmes d'hémorragie ?	Oui/Non
Votre enfant a-t-il déjà reçu une prothèse ou une pompe implantée ?	Oui/Non
Votre enfant est-il souvent victime de nausées ou vomit-il facilement ?	Oui/Non
Votre enfant suit-il un régime spécial ?	Oui/Non
Votre enfant présente-t-il facilement une fièvre élevée (supérieure à 38,5°C) ?	Oui/Non
Votre enfant a-t-il été récemment malade ou victime d'un refroidissement (au cours des 3 dernières semaines) ? Si oui, quel traitement lui a été donné et ce dernier a-t-il été interrompu ?	Oui/Non
Jusque quand votre enfant a-t-il eu de la fièvre ?	Oui/Non
Votre enfant présente-t-il des dents sur le point de tomber (qui bougent) ?	Oui/Non
Votre enfant porte-t-il : Un appareil orthopédique : Des lentilles ou des lunettes : Un appareil auditif : Autre :	Oui/Non
Souhaitez-vous nous communiquer d'autres remarques ?	Oui/Non

À compléter par le PARENT : LISTE DE MÉDICAMENTS À DOMICILE

Votre enfant prend-il des médicaments à domicile (sirop, comprimés, injection, puffs ou aérosol) ?
Apportez avec vous tous les médicaments dans leur emballage d'origine et déposez-les dans le sac à médicaments de l'hôpital.

MÉDICAMENT			HEURE D'ADMINISTRATION + QUANTITÉ				REMARQUE
Désignation	Dose	Forme	8h	12h	18h	22h	
ex. : Dafalgan	250 mg	sirop					En cas de douleur

Politique en matière de médication

Veuillez continuer à administrer les médicaments chroniques, y compris le jour de l'intervention – avec un peu d'eau.

N'oubliez pas non plus d'administrer les aérosols et les puffs le jour de l'intervention.

Pour les patients atteints de diabète I, veuillez contacter l'infirmière diabétologue préalablement à l'admission et de vous rendez très tôt le matin à l'hôpital.

Voici les médicaments qui doivent être interrompus avant l'admission à l'hôpital :

Médicaments pour TDA / TDAH	Dernière prise la veille
.....
Autres :



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.

ANAMNÈSE

(données importantes ne figurant pas dans le questionnaire) :

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

EXAMEN CLINIQUE :

CARDIOVASCULAIRE : tension artérielle :/..... mmhg, pouls :/min

.....
.....

RESPIRATOIRE :

.....
.....

GASTRO-INTESTINAL :

.....
.....

UROGÉNITAL :

.....
.....

NEUROLOGIQUE/ LOCOMOTEUR :

.....
.....

INFECTIEUX (SDRM, AUTRE ?)

.....
.....

AUTRES :

.....



Plus d'informations ?

www.azdelta.be