

Coller ici l'étiquette patient

**Explorations,
acte chirurgical ou médical,
anesthésie :**

Avant de vous soigner, nous voulons recueillir

vos
votre consentement.

**Document à lire
et à remplir
avec attention**

Site Avron

125 rue d'Avron

75020 Paris

01 44 64 16 00

www.hopital-dcss.org

Site Reuilly

18, rue du Sergent Bauchat

75012 Paris

01 44 74 10 10

Pourquoi recueillir votre consentement par écrit ?

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre état de santé nécessite des explorations et/ou des actes médicaux ou chirurgicaux éventuellement sous anesthésie. Vous avez choisi pour cela le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, et nous vous en remercions.

Aucun geste chirurgical ou médical n'est totalement dépourvu de risques, même lorsque toutes les précautions sont prises. Du geste le plus anodin à la chirurgie la plus lourde, les décisions médicales sont toujours prises en mettant en balance les bénéfices escomptés, les risques encourus et les possibilités alternatives.

Fournir une information claire, compréhensible, loyale sur ces bénéfices, risques et alternatives fait partie de la mission des médecins qui vous prennent en charge sur l'un ou l'autre de nos deux sites hospitaliers (Avron ou Reuilly). **Ces médecins vous engagent à demander les explications et éclaircissements dont vous avez besoin.**

Aujourd'hui, la jurisprudence met à la charge du médecin la preuve de l'information fournie. **C'est pourquoi nous vous demandons de signer un consentement ci-joint.** Des notices d'informations concernant les actes que vous allez subir vous seront fournies*. Elles présentent les complications les plus fréquentes des actes courants.

Recueillir votre consentement ne nous décharge pas de nos responsabilités et ne modifie pas vos droits.

Notre objectif est d'**assurer votre information.**

Nous vous prions de croire, Madame, Mademoiselle, Monsieur, à l'expression de nos sentiments dévoués.

Les Médecins des services de :

Médecine

Chirurgie

Anesthésie-Réanimation

Médico-Techniques

*Ces notices d'information sont également disponibles sur notre site web :

www.hopital-dcss.org

**Recueil de consentement
avant une anesthésie
et/ou un acte chirurgical**

Site Avron **Site Reuilly**
125 rue d'Avron 18, rue du Sergent Bauchat
75020 Paris 75012 Paris
01 44 64 16 00 01 44 74 10 10
www.hopital-dcss.org

A LIRE, A REMPLIR ET A SIGNER AVANT TOUT ACTE
COMPORTANT UNE ANESTHESIE ET/OU UN ACTE CHIRURGICAL

Je sollicite du Service de Chirurgie (ou d'Endoscopie) du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon que soit(oient) réalisé(s) le ou les actes indiqués ci-dessous. Leur nature et leurs effets possibles m'en ont été expliqués par le Docteur : , qui m'a informé des alternatives possibles, leurs bénéfices et inconvénients.

Acte(s) :

Une notice informative spécifique m'a été remise : Oui Non

J'autorise toute modification de l'opération ou de la technique anesthésique non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cet acte et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.

Je demande que, à l'occasion de cet acte, l'anesthésie qui s'avérera la plus appropriée, dont les bénéfices et risques m'ont été exposés par le Docteur : me soit administrée.

J'ai pris connaissance de la note d'information sur l'anesthésie et la transfusion.

J'autorise, si la nécessité s'en fait sentir, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins et les prélèvements des sérologies pré transfusionnels.

J'émet cependant les restrictions suivantes :
.....
.....
.....
.....
.....

Date : Le patient : <i>coller ici son étiquette ou précisez :</i> Nom : Prénom : Date de naissance : IPP :	Signature du patient :
	Signature du chirurgien :
	Signature de l'anesthésiste :

Vous pouvez vous faire aider par un proche ou votre médecin traitant pour remplir ce questionnaire qui nous permet de mieux vous connaître.

Si vous êtes soigné pour une maladie chronique, en particulier hypertension, problèmes cardiaques ou respiratoires, pensez à apporter lors de votre consultation vos dernières ordonnances et vos derniers comptes-rendus d'examens (échographie cardiaque ...) ou d'hospitalisation.

Nom : **Prénom** : **Poids** : **Taille** :

Quelle est ou quelle était votre profession ?

1 - Avez-vous déjà eu une anesthésie Oui Non

- **pour quelles opérations ?**

- **pour des fibroscopies ou des coloscopies ?** Oui Non Combien de fois ?.....

2- Avez-vous été victime d'un incident ou d'un accident d'anesthésie ? Oui Non

Lequel ?.....

3 - Avez-vous déjà reçu du sang ? Oui Non

4 - Quelles sont vos maladies connues ?

Cœur et vaisseaux

- Hypertension
- Angine de poitrine
- Infarctus
- Troubles du rythme
- Souffle cardiaque
- Insuffisance cardiaque
- Œdème pulmonaire
- Artérite ou sténose carotidienne
- Varices
- Phlébite
- Embolie pulmonaire

Appareil Digestif

- Hépatite
- Ulcère
- Diverticules coliques
- Hernie hiatale
- Autre

Coagulation

- Hémophilie ou autres troubles (saignements, ecchymoses fréquentes...)
- Hypercoagulabilité et risques de phlébites

Allergies

- Iode
- Latex
- Antibiotique
- Aspirine
- Autres médicaments
- Fruits
- Urticaire
- Rhume des foins

Système nerveux

- Epilepsie
- Myasthénie
- Accident vasculaire

Poumons

- Asthme
- Bronchite chronique
- Tuberculose
- Emphysème
- Apnées du sommeil
- appareillées non appareillées

Autres

- Diabète
- Porphyrie
- Hypothyroïdie
- Insuffisance rénale
- Autres
- Prostate
- Glaucome
- Drépanocytose

Consommez-vous ?

- Alcool
- Drogues
- Somnifères
- Aspirine
- Anti inflammatoires

5 – Si vous êtes une femme

Est-il possible que vous soyez enceinte? Oui Non **Combien avez-vous eu de grossesses ?.....**

Prenez-vous une contraception ou un traitement hormonal substitutif ? Oui Non

6 - Etes-vous fumeur (se) ? Oui Non Si oui précisez :cig./ jour

Il est vivement recommandé de cesser le tabac avant une intervention. L'arrêt diminue les risques de complications postopératoires. Nous pouvons vous y aider.

7 - Portez-vous une prothèse ? Dentaire Lentilles de contact Autre :.....

8 - Quels médicaments prenez-vous ou avez-vous pris ces six derniers mois ?

LORS DE LA CONSULTATION, APPORTEZ VOTRE (ou vos) ORDONNANCE(S) EN COURS.

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