

MON LIVRET D'HOSPITALISATION

**A compléter et à rapporter impérativement
le jour de votre hospitalisation.**



Vous devez impérativement remplir et signer toutes les pages portant 



 **Clinique Richelieu**
Saintes

Consultations sans rendez-vous

Une équipe médicale complète
Accueil du lundi au vendredi
8h30 - 18h

22 rue Montlouis
17100 SAINTES
Standard Clinique 05 46 90 58 00

05 46 90 58 07

 **UNITÉ DE SOINS
NON PROGRAMMÉS**

Renseignements préalables à l'admission

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom	
Date de naissance	____/____/____
Numéro de téléphone	____/____/____/____/____

Renseignements pour le séjour

Évaluation nutritionnelle	Poids : _____ Kg Taille : __ , _____ M Variation de poids avant le séjour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consultation d'anesthésie	Date : ____/____/____ Heure : _____ H _____
Jour d'entrée	Date : ____/____/____ Heure : _____ H _____
Intervention prévue	Chirurgien : _____ Motif : _____ Côté opéré : <input type="checkbox"/> côté droit <input type="checkbox"/> côté gauche <input type="checkbox"/> sans objet Date : ____/____/____

Destination à la sortie

Souhait de destination à la sortie	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Convalescence / Rééducation, Si oui centre souhaité : _____
------------------------------------	---

Signature



DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la Loi du 4 mars 2002, vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance », qui est habilitée à exprimer votre consentement dans le cas où vous ne seriez pas en état de l'exprimer vous-même.

Cette personne, qui peut être votre médecin traitant ou toute autre personne, a alors accès aux informations couvertes par le secret médical, afin de prendre ses décisions en toute connaissance de cause.

Le patient peut ainsi exprimer son consentement, en cas d'urgence, par personne interposée.

Souhaitez-vous désigner une personne de confiance

OUI NON

IDENTIFICATION PATIENT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Signature du patient(e)

Signature de la personne désignée



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ MUTUEL EN CHIRURGIE

*En vertu de l'arrêt du 25 février 1997
rendu par la Cour de Cassation, arrêt qui
fait jurisprudence*

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien des informations loyales, claires et appropriées, concernant:

- **La maladie** dont je souffre et son évolution spontanée si je ne me faisais pas opérer ; J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

- **Les explorations complémentaires** nécessaires en vue de mon intervention, y compris la possibilité d'un dépistage du virus H.I.V.

- **Les modalités** de l'acte chirurgical ;
- **Les précautions préalables**
- **Le rapport bénéfices / risques opératoires** et les alternatives thérapeutiques.

- **Le risque infectieux** présent lors de toute hospitalisation et qui plus est lors de toute intervention chirurgicale. Cette infection peut survenir dans les jours, semaines, voire mois qui suivent l'intervention.

Une identification des germes en cause est nécessaire pour prescrire un traitement antibiotique adapté. Dans certains cas, une ou plusieurs interventions supplémentaires sont nécessaires. Un handicap peut en découler.

D'un commun accord, nous avons convenu d'un **délai minimum** entre la consultation et l'intervention et dans cet intervalle,

je reconnais que vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte **ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.**

Je reconnais que dans ces conditions, vous pouvez être amené à effectuer tout acte que vous estimerez nécessaire et pratiquer dans mon intérêt **une méthode opératoire différente** de celle proposée en consultation. Je comprends que si l'intervention doit se dérouler en chirurgie vidéo assistée (coelioscopie, arthroscopie, thoracoscopie, cystoscopie, etc...) ou miniinvasive vaginale, urétrale, technique endovasculaires, etc...), vous pouvez être amené à pratiquer **une chirurgie ouverte dans certains cas.**

De la même façon je suis conscient qu'il existe un risque exceptionnel d'une lésion d'un organe du voisinage (nerveux, osseux, digestif, urinaire, ou vasculaire), voire même des risques inconnus. Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte **un pourcentage de complications et risques y compris vitaux**, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e) mais également à des variations individuelles, pas toujours prévisibles. Je reconnais à ce titre avoir été informé(e) que **le tabac, l'alcool, une maladie de système, des pratiques diététiques individuelles ou le non-respect des consignes post-opératoires** peuvent affecter gravement ma cicatrisation ou être à l'origine de complications.

Je soussigné (e)..... déclare avoir reçu une information que je considère comme loyale, claire, compréhensible et appropriée me permettant de donner mon consentement éclairé à l'intervention.....

En outre je reconnais qu'une information spécifique à mon intervention m'a été donnée et qu'il m'est possible à tout moment avant celle-ci de la compléter auprès de mon chirurgien.

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature



INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques.

Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin ANESTHÉSISTE-REANIMATEUR. Vous pourrez également poser des questions à ce médecin 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.

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. 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, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié. Certains actes peuvent être réalisés sous sédation qui est une forme d'anesthésie générale peu profonde.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, 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. Une anesthésie générale peut-être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie loco régionale. La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

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

Comme l'anesthésie, elle est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information.

Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits.

COMMENT SEREZ-VOUS SURVEILLE(E) PENDANT L'ANESTHÉSIE, ET A 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 conduit(e) dans une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre et/ou de quitter l'établissement. Durant l'anesthésie et votre passage en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

QUELS SONT LES INCONVENIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

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 les anomalies et les traiter.

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

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 passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière. Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

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. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

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

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

INFORMATIONS EN ANÉSTHÉSIE LOCORÉGIONALE

Vous allez être opéré(e) au niveau de votre bras ou de votre jambe. Ce type de chirurgie peut être effectué sous anesthésie locorégionale. Ce document est destiné à vous informer sur ce type d'anesthésie, ses avantages et ses risques. Lisez attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur et à qui vous pourrez poser les questions que vous souhaitez.

Qu'est-ce que l'anesthésie locorégionale ?

Elle permet par des techniques qui seront décrites plus loin de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Elle bloque les nerfs de la région,

en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Elle est réalisée par un médecin anesthésiste.

Quels sont les avantages de l'anesthésie locorégionale ?

- L'acte chirurgical pourra être effectué sans douleur, l'anesthésique local étant choisi en fonction de la durée. Votre conscience sera conservée et au réveil, vous n'aurez pas les désagréments d'une anesthésie générale toujours possibles bien que peu fréquents tels que : nausées, vomissements, désorientation...
- Lors d'un geste très douloureux, l'anesthésique local choisi aura une action longue, évitant une réapparition rapide de la douleur après l'intervention. Dans certains cas un cathéter pourra être mis en place au moment de l'anesthésie au niveau de la région opérée, permettant des réinjections de l'anesthésique local pour le traitement de la douleur postopératoire. Dans ces cas vous devez rester hospitalisé(e).

Comment réalise-t-on une anesthésie locorégionale sur un membre ?

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel de sécurité adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé.

Durant l'anesthésie vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur. Pour bloquer les nerfs du membre à opérer, il faut repérer ceux-ci par échographie. On injectera alors par une fine aiguille l'anesthésique local qui va bloquer les nerfs et endormir la partie du corps où est réalisé l'acte chirurgical. Votre membre sera alors lourd, avec une sensation de fourmillement, le membre deviendra difficile voire impossible à bouger.

Y a-t-il des inconvénients à l'anesthésie locorégionale ?

Sa mise en place peut être ressentie comme désagréable par certains mais n'est nullement douloureuse. Vous devez signaler toute douleur importante au cours de la technique.

Quels sont les risques d'une anesthésie locorégionale ?

Les hématomes ou point de ponction. Ils sont le plus souvent sans gravité. **Des douleurs** le long du trajet du nerf. Si celles-ci survenaient après votre sortie de l'hôpital vous devez contacter l'équipe médicale qui vous a pris en charge lors de votre intervention. Un document vous sera remis à votre sortie sur lequel est mentionné le nom du médecin anesthésiste. **Des complications neurologiques** à type de paralysie sensitive ou motrice du membre opéré sont exceptionnelles si l'on respecte les contre-indications. Là aussi vous devrez prendre contact avec l'équipe médicale le plus rapidement possible. Il en est de même des complications très rares liées à la toxicité des anesthésiques locaux (convulsions, arrêt cardiaque).

Y a-t-il des échecs ?

Parfois, même entre des mains expérimentées, il peut y avoir nécessité à piquer à plusieurs reprises et parfois l'anesthésie peut être insuffisante. Une anesthésie générale sera alors réalisée. Dans tous les cas, on s'assurera que l'anesthésie est efficace, c'est-à-dire que vous n'aurez pas mal pendant la chirurgie.

Existe-t-il des contre-indications à l'anesthésie locorégionale ?

La consultation d'anesthésie permettra de détecter les contre-indications et de proposer alors une autre technique d'anesthésie. Cette consultation vous permettra de compléter ces informations et de poser au médecin anesthésiste les questions que vous souhaitez. Les contre-indications sont peu nombreuses :

- Le refus du patient
- Des troubles de la coagulation sanguine ou la prise d'un traitement perturbant la coagulation
- Une infection au niveau du point de ponction ou des ganglions dans la région de ponction
- Une allergie aux anesthésiques locaux
- Certaines maladies neurologiques.

ORGANISATION DU SERVICE D'ANÉSTHÉSIE

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes-réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation pré-anesthésique. Néanmoins, votre dossier d'anesthésie informatisé est disponible pour l'ensemble des professionnels de santé vous prenant en charge sur l'établissement. Au cours de votre prise en charge au bloc opératoire vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie. Le service d'anesthésie-réanimation de la Clinique Richelieu comprend 3 médecins anesthésistes et 2 infirmiers anesthésistes diplômés d'état

QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION SANGUINE ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et les risques transfusionnels, sauf cas de force majeure.

CONSENTEMENT ECLAIRE D'ANESTHESIE

Je soussigné(e), (nom, prénom).....

Adresse

Donne mon accord pour (cocher la case qui vous concerne):

- Une fibroscopie et/ou coloscopie
- Une intervention chirurgicale
- Une intervention chirurgicale pour mon enfant

J'autorise l'anesthésiste à pratiquer une anesthésie ou à effectuer tout autre acte médical qu'il estimerait nécessaire.

- Je confirme avoir reçu, lu et compris la brochure d'information « Information sur l'anesthésie » à l'intention des patients
- Je confirme avoir rencontré l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire
- Je sais qu'il est interdit de manger durant les 6h qui précèdent l'examen, l'intervention ou l'anesthésie
- Je confirme que l'on m'a recommandé d'arrêter de fumer dès maintenant
- **Je sais que les bagues, bijoux, piercings prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, appareils auditifs doivent être retirés avant l'intervention, ainsi que tous les produits d'onglerie (faux ongles, ongles gel, résine, vernis à ongles semi permanent, vernis à ongles classique)**
- Je ne conduirai aucun véhicule (voiture, moto, vélo), ne manipulerai aucune machine et ne signerai aucun document important durant les 24 premières heures qui suivent l'intervention
- Je ne consommerai pas de boissons alcoolisées pendant les premières 24h qui suivent l'intervention
- Lors de ma sortie du service ambulatoire, une personne adulte me raccompagnera/raccompagnera mon enfant jusqu'à son domicile et une personne sera présente à la maison les premières 24h après l'intervention
- Je donne mon accord à une éventuelle hospitalisation de nuit ou à une prolongation de mon hospitalisation, si cela devait s'avérer nécessaire pour des raisons médicales.
- Je sais que l'intervention peut éventuellement être reportée à une date ultérieure en cas de force majeure et si les consignes décrites ci-dessus ne sont pas respectées.

Date :/...../.....

Nom et signature du patient(e) ou de son représentant légal, précédés de la mention « lu et approuvé »



RECOMMANDATIONS POUR LE JEÛNE PRÉ-OPÉRATOIRE

JEUNE CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

Les enfants et les adultes peuvent boire des liquides clairs (eau, jus de fruit sans pulpe, thé ou café sans lait) **jusqu'à 2 heures avant une chirurgie programmée.**

Toute nourriture solide est autorisée jusqu'à 6 heures avant une chirurgie programmée chez l'adulte et l'enfant.

Les patients obèses, diabétiques, présentant un reflux gastro-œsophagien ainsi que les femmes enceintes (non en travail) peuvent suivre ces recommandations en toute sécurité.

jeûne pré-opératoire

VOUS AVEZ LE DROIT DE :

Manger

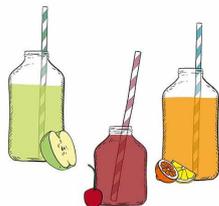


jusqu'à 6h

avant une chirurgie programmée

Boire des liquides clairs

(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)



jusqu'à 2h

avant une chirurgie programmée

**Mâcher du chewing-gum
ou sucer un bonbon**



juste avant

une intervention



AUTORISATION D'OPÉRER DU PATIENT MAJEUR

Identité du patient :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |__|__|/|__|__|/|__|__|

Au cours de la consultation avec le Dr. _____, il a été convenu que je devais :

- Être opéré(e)
- Avoir un examen



dans votre établissement le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

À cet effet j'autorise ce praticien à pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et anesthésiques nécessaires au traitement de l'affection que je présente.

- Etes-vous sous un régime de **tutelle** oui non

Si oui remplir le document page suivante

- Etes-vous sous un régime de **Curatelle** oui non

Saintes, le _____

Signature du patient(e)



AUTORISATION DE SOINS PAR LES ÉLÈVES

Notre établissement travaille en collaboration avec des instituts de formation en soins infirmiers. Tous les actes pratiqués par ces élèves sont au préalable évalués en fonction du degré d'étude et validés par les infirmiers.

J'accepte la présence et les soins effectués par les élèves : oui non

Signature du patient(e)



AUTORISATION D'OPÉRER POUR UN PATIENT MINEUR/ UN PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE

Identité du patient mineur/majeur sous tutelle :

NOM : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _

Au cours de la consultation avec le Dr. _____, il a été convenu que mon enfant/ le majeur sous tutelle dont j'ai la charge devait être opéré dans votre établissement le |_|_|/|_|_|/|_|_|

À cet effet Rayer le paragraphe pour lequel vous ne donnez pas votre autorisation :

- J'autorise ce praticien à pratiquer sur mon enfant/ le majeur sous tutelle dont j'ai la charge les actes médicaux, chirurgicaux et anesthésiques nécessaires au traitement de l'affection qu'il présente.
- J'autorise, en cas de nécessité absolue, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur mon enfant/le majeur sous tutelle dont j'ai la charge

Qualité	PIÈCE D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE POUR LE PATIENT ET POUR CHAQUE PERSONNE EXERCANT L'AUTORITÉ Pour les mineurs apporter également le livret de famille	
Père	Nom : Prénom : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date : Signature : 
Mère	Nom : Prénom : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date : Signature : 
Tuteur	Nom : Prénom : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Date : Signature : 

Éventuellement :

Ne pouvant être présent le jour de l'hospitalisation, j'autorise la personne suivante à accompagner mon enfant/le majeur sous tutelle (une pièce d'identité lui sera demandée) :

Nom : _____ Prénom : _____

RAPPEL :

CAS DU MAJEUR SOUS TUTELLE : 1 seule signature est requise car il n'existe qu'un tuteur légal.

CAS DU MINEUR : Si les 2 parents sont titulaires de l'autorité parentale la signature des 2 parents est requise

☞ Si 1 seul parent est titulaire de l'autorité parentale, 1 seule signature est requise

☞ En cas d'absence d'une ou des signatures : demander de faire adresser sans délai un fax d'autorisation signé par le parent/tuteur manquant

☞ En cas d'impossibilité, attester l'accord du 2^{ème} parent, signature dans le cartouche du 2^{ème} parent, précédée de la phrase manuscrite : « Je signe pour ordre à la place du 2^{ème} parent en certifiant avoir reçu son accord pour l'intervention ».

☞ En cas d'impossibilité d'avoir la/les signature(s) requise(s), informer la direction pour décider de la conduite à tenir : refus ou non de l'hospitalisation.

PRÉPARATION CUTANÉE PRÉ-OPÉRATOIRE

Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale. Le médecin vous a prescrit une préparation cutanée. L'objectif est de réduire le risque infectieux au cours de votre hospitalisation. La douche est destinée à éliminer la majorité des germes normalement présents sur la peau avant toute intervention chirurgicale. La bonne réalisation de cette douche est une mesure nécessaire en vue d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

LA DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE AU SAVON ANTISÉPTIQUE

Est à réaliser comme suit avec un savon antiseptique type Bétadine scrub® ou Cytéal® prescrit par votre chirurgien

- Cas n°1 : Entrée en clinique le jour de l'intervention

1 ^{ère} douche	2 ^{ème} douche
La veille à votre domicile	Le matin à votre domicile

- Cas n°2 : Entrée en clinique la veille de l'intervention

Les 2 douches préopératoires seront prises à la clinique.



Tous les produits d'onglerie doivent être enlevés avant l'hospitalisation, faux ongles, ongles résines, ongles gel... SOUS PEINE DE REPORT DE L'INTERVENTION

LA DÉPILATION



Interdiction d'utiliser un rasoir mécanique à lame métallique (type BIC)

Vous ne devez en **AUCUN CAS VOUS RASER LE SITE OPÉRATOIRE ; SI VOUS VOUS ÊTES RASÉ VOTRE INTERVENTION POURRA ÊTRE REPORTÉE.**

Seule la dépilation à la tondeuse ou à la crème épilatoire est autorisée si elle est effectuée 24 à 48h avant l'intervention.

Si vous ne pouvez pas prendre en charge votre dépilation, informez les équipes soignantes lors de l'appel de la veille et elles pourront la réaliser avec une tondeuse au moment de votre hospitalisation.

LA DOUCHE PRÉ-OPÉRATOIRE UN VÉRITABLE SOIN

La bétadineR est un savon liquide qui ne colore ni la peau ni les cheveux.

1. Enlever bijoux, piercings, ne pas les remettre après la douche.
2. Enlever le maquillage ainsi que le vernis à ongles, même transparent et se couper les ongles.
3. Avant la douche, se brosser les dents.
4. Commencer par se mouiller le corps et les cheveux.
5. Se laver de haut en bas : cheveux, visage, cou, thorax, dos, membres, aisselles, pieds, terminer par la région génito-anale.
6. Effectuer le savonnage avec des mouvements rigoureux, rotatifs, ne pas oublier : les oreilles, le nombril, les seins, les plis, les ongles, entre les doigts et la région génito-anale.
7. Faire mousser jusqu'à ce que la mousse devienne blanche.
8. Rincer abondamment toujours de haut en bas jusqu'à élimination de la mousse.
9. Sécher minutieusement avec une serviette de toilette propre.
10. Revêtir un pyjama propre après la douche réalisée la veille de l'intervention
11. Revêtir des vêtements propres le jour de l'intervention avant de venir à la clinique. Ne pas mettre de crème, de parfum, de déodorant et d'après rasage après la seconde douche.



Insister au niveau :

- > des aisselles,
- > du nombril,
- > des ongles,
- > des pieds
- > des plis de l'aïne

> Savonner en dernier la région génito-anale.

Signature



DÉPISTAGE CAS POSSIBLE BHR–CORONAVIRUS-EBOLA

Madame, Monsieur,



Vous allez être opéré prochainement ou subir un examen à visée diagnostique.

Nous vous demandons de remplir soigneusement le questionnaire ci-dessous et de le signer.

L'analyse de vos réponses permettra d'adapter votre prise en charge dès votre admission.

CRITERES BHR – CORONAVIRUS - EBOLA	OUI	NON
- Avez-vous effectué, au cours de l'année ayant précédé votre future hospitalisation dans notre établissement, <u>un séjour dans un établissement de santé</u> , hors du territoire Français ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous dans <u>les 14 derniers jours précédant votre hospitalisation</u> dans notre établissement, effectué un <u>séjour à l'étranger</u> ou dans l'un des pays suivant : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires Palestiniens occupés, Yémen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous, dans <u>les 21 derniers jours</u> , effectués un séjour dans l'un des pays suivants : Sierra Léone, Guinée Conakry, Libéria, Nigéria et Congo-Kinshasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du patient

Signature de l'anesthésiste

Conformément à :

- L'instruction ministérielle n° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative à la prévention de la transmission des Bactéries Hautement Résistante aux antibiotiques émergentes.
- L'Avis du Haut Conseil de la Santé Publique actualisé au 30 octobre 2013 concernant l'émergence du Coronavirus.
- La recommandation ministérielle d'identification d'un cas suspect de maladie à virus Ebola.
- Les recommandations ministérielles liés au SARS-CoV2

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées correspondent à des instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.



S'il m'arrive quelque chose et que je ne peux pas m'exprimer, je souhaite...

On considère qu'une personne est en fin de vie lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.



La loi française n'autorise pas l'assistance au suicide, ni l'euthanasie. Les directives anticipées ne peuvent donc pas comporter de demande en ce sens

Qui peut les rédiger et comment ?

Toute personne majeure peut les rédiger, quelle que soit sa situation (sociale, légale ou personnelle).

Si la personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, il faudra nécessairement obtenir l'autorisation préalable du juge ou du conseil de famille.

Le tuteur ne peut ni assister ni représenter la personne pour rédiger ses directives anticipées. Si la personne est dans l'impossibilité physique d'écrire, un tiers peut les rédiger à sa place : le document ne sera valide que si 2 témoins attestent par écrit, que cette rédaction est l'expression de sa volonté libre et éclairée, en précisant leurs noms et leurs qualités.

Vos directives anticipées doivent prendre la forme d'un document écrit sur papier libre : il doit contenir :

- ➔ La date du jour de la rédaction
- ➔ Votre signature
- ➔ Vos noms et prénoms
- ➔ Votre date et lieu de naissance

Comment les faire connaître ?

Pour avoir la garantie que vos directives anticipées seront prises en compte, nous vous invitons à :

- ➔ Garder l'original en votre possession
- ➔ Donner le document à votre médecin traitant pour qu'il l'intègre dans votre dossier médical
- ➔ Le confier à votre personne de confiance désignée comme telle ou à un proche

Si vous êtes hospitalisé(e), le personnel vous demandera si vous avez rédigé vos directives anticipées et il vous sera possible de les déposer dans votre dossier médical hospitalier.

Il n'est pas nécessaire d'être malade ou âgé(e). La rédaction peut être faite par avance dans le but d'exprimer par anticipation les volontés entourant les conditions de fin de vie.

Lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, votre médecin traitant peut vous informer et vous aider à réaliser cette démarche.

Les effets des directives anticipées

Vos directives anticipées s'imposent au médecin qui ne peut refuser de les appliquer.

Le contenu de vos directives prime sur les avis et témoignages de votre personne de confiance ou de vos proches.

Néanmoins, il existe 2 situations dans lesquelles le médecin peut outrepasser vos directives anticipées :

En cas d'urgence vitale

Lorsque vos directives lui paraissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale

Dans ce dernier cas, le médecin doit rendre sa décision à l'issue d'une procédure collégiale où il consultera l'équipe médicale et un confrère indépendant.

En l'absence de directives anticipées, les médecins recueilleront le témoignage de votre personne de confiance ou de vos proches.

La durée de validité

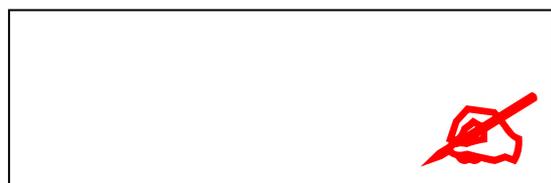
Vos directives anticipées ont une durée illimitée. Cependant vous pouvez les modifier ou annuler à tout moment. Ce sont les dernières directives en date qui feront foi.

Avez-vous rédigé des directives anticipées

OUI J'ai rédigé de directives anticipées

NON, je n'ai pas rédigé de directives anticipées

Signature du patient



Il existe un modèle pour rédiger vos directives anticipées. L'utilisation de ce modèle n'est pas obligatoire : vos directives peuvent être rédigées sur papier libre. Toutefois ce modèle est disponible sur demande au sein de la Clinique Richelieu.

Pour plus d'information sur ces thématiques, rapprochez-vous du personnel du service ou bien connectez-vous sur le site Internet du ministère de la santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr>