

# CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL CHIRURGIE / ACTE DIAGNOSTIQUE

Je soussigné(e), (Nom, Prénom).....déclare avoir reçu au cours d'un entretien avec le Dr....., toute l'information souhaitée simple et intelligible concernant l'intervention chirurgicale : ..... ainsi que sur :

- La nature de ma maladie et des risques auxquels je serais confronté(e) en l'absence d'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Le type d'intervention proposée et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, des risques qu'elle implique et de la nature des complications auxquelles elle m'expose.
- La nécessité d'une préparation cutanéomuqueuse afin de prévenir au mieux la survenue d'infections nosocomiales.

Atteste qu'il a été répondu de façon satisfaisante aux questions que j'ai posées concernant les risques et bénéfices de cette intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Atteste m'engager à réaliser la préparation prescrite.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention et/ou d'examens à visée diagnostique et/ou thérapeutique, l'opérateur peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

En conséquence, je donne mon accord à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé.

**Signature avec mention manuscrite « Lu, approuvé et compris » :**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

## CONSENTEMENT ECLAIRE MUTUEL ANESTHESIE

Je soussigné(e),.....déclare avoir reçu au cours d'un entretien avec le Dr..... des informations détaillées sur l'anesthésie, les risques et les complications.

J'estime avoir compris ces informations et donne mon consentement à tout examen, investigation et intervention nécessités par mon état, y compris l'anesthésie : anesthésie locale plus sédation, anesthésie locorégionale, anesthésie générale.

Mon accord concerne également la transfusion de sang ou les dérivés sanguins, jugée indispensable par le médecin anesthésiste.

J'accepte toute modification de technique anesthésique qui pourrait s'avérer pendant l'intervention.

Je refuse l'anesthésie prévue pour les raisons suivantes :

.....  
.....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

**Signature avec mention manuscrite - « Lu, approuvé et compris »:**

## ➤ PARTIE A REMPLIR LE JOUR DE L'ADMISSION EN PRESENCE D'UNE INFIRMIERE

Je soussigné(e) :

Certifie n'avoir absorbé aucun aliment solide ou liquide, ni fumé, depuis \_\_ \_\_ heure(s).

Date :

Signature(s) :

(Pour les mineurs, la signature d'un titulaire de l'autorité parentale est obligatoire)



Hôpital Privé Pasteur  
Evreux

**Hôpital Privé Pasteur**  
58 Boulevard Pasteur - 27025 EVREUX Cedex  
☎ 02-32-38-95-00 ☎ 02-32-38-57-78

Dr Pascal CANTONI - Dr Didier DAUSSY - Dr Mohamad MANSOUR  
Dr Quang NGO - Dr Gilles POLI - Dr Safi SAUMTALLY

**Anesthésistes - Réanimateurs**

## QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE / AUTORISATION D'OPERER

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

**Le questionnaire est destiné à mieux vous connaître avant votre anesthésie.**

**Il est couvert par le secret médical. Il fait partie de votre dossier médical.**

NOM : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : ..... Age : ..... ans

Poids : ..... kg Taille : ..... m Profession : .....  
(Si vous êtes retraité ou sans emploi, précisez la profession exercée auparavant)

Médecin traitant : .....

	Cochez la case correspondante		
Êtes-vous soigné pour un problème de tension ? .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous (eu) de l'angine de poitrine et/ou infarctus du myocarde ? (préciser la date) .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait de l'œdème pulmonaire et/ou des poussées d'insuffisance cardiaque ? (Si oui, souligner la bonne réponse et préciser la date) .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'une anomalie des valves cardiaques (« souffle au cœur ») ? (Si oui, laquelle) .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous (eu) des palpitations ou des anomalies du rythme cardiaque ? (Si oui, souligner la bonne réponse et préciser la date) .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un pace-maker (« pile cardiaque ») ou défibrillateur interne ? (si oui, souligner la bonne réponse) .....		non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
-----			
Avez-vous des varices ? .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une phlébite ? .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, préciser : * après un accouchement, une intervention chirurgicale, un accident <input type="checkbox"/></i>			
* autres circonstances ..... <input type="checkbox"/>			
Avez-vous déjà fait une embolie pulmonaire ? (Si oui, préciser la date) .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'artérite (maladie des artères) ? .....	ne sait pas <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

Fumez-vous ? Ou avez-vous fumé ? .....

Préciser : nombre de cigarettes ou paquet / jour : .....

Consommez-vous du cannabis ou d'autres toxiques ? .....

Avez-vous (eu) des problèmes respiratoires (bronchite chronique par exemple) ?  
(Si oui, préciser) .....

Faites-vous des apnées du sommeil ? .....

Avez-vous (eu) de l'asthme ? (Si oui, préciser quand et à quelle occasion)

..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous (eu) de l'urticaire, le rhume des foins ? .....

(Si oui, souligner la bonne réponse)

Etes-vous allergique à certains médicaments, aliments ou autres produits ? (Si oui, préciser lesquels) .....

Y a-t-il eu (pour vous-même ou un de vos proches parents) un accident allergique au cours d'une anesthésie ? (Si oui, préciser) .....

ne sait pas  non  oui

Avez-vous déjà été opéré et/ou anesthésié ? *Si oui, pour quelle raison ?* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous eu alors des problèmes (réveil désagréable, vomissements ...) ? *Préciser* ..... non  oui

Avez-vous été hospitalisé pour un problème non chirurgical (diabète, cardiologie...) ? *(Si oui, préciser)* ..... ne sait pas  non  oui

Etes-vous susceptible d'être enceinte ? Non concerné  non  oui

Avez-vous été hospitalisé à l'étranger récemment (moins d'un an) ? ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous une maladie neuromusculaire ? (Si oui, laquelle) ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous des troubles intellectuels, des pertes de mémoire, des troubles psychiatriques ? (Si oui, lesquels) ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous des crises de migraine ? ..... non  oui

Faîtes-vous ou avez-vous fait des crises d'épilepsie ? ..... non  oui

Avez-vous fait un accident vasculaire cérébral ? ..... non  oui

Avez-vous un appareil auditif ? ..... non  oui

Avez-vous une prothèse dentaire amovible, des dents sur pivots, des dents fragiles? *(Si oui, souligner les bonnes réponses)* ..... non  oui

Avez-vous des dents en mauvais état, des dents mobiles, des dents déchaussées ? *(Si oui, souligner les bonnes réponses)* ..... non  oui

Avez-vous (eu) des problèmes de colonne vertébrale : fractures, crise de sciatique, douleurs lombaires, douleurs cervicales? *(Si oui, souligner les bonnes réponses)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous facilement des saignements de nez, des saignements en vous lavant les dents (saignements qui ont du mal à s'arrêter) ? ..... non  oui

Faîtes-vous des bleus facilement, avez-vous des règles abondantes qui durent longtemps ? *(Si oui, souligner la (les) bonne(s) réponse(s))* ..... non  oui

Avez-vous saigné longtemps (plus de 15 minutes) après une blessure, une intervention chirurgicale, une extraction dentaire, un accouchement ? *(Si oui, souligner la bonne réponse)* ..... non  oui

Avez-vous une anomalie de coagulation entraînant des saignements ? *(Si oui, préciser)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous déjà reçu du sang ? ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous des maladies rénales ? *(Si oui, préciser)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous des problèmes de diabète ? ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous des problèmes digestifs (ulcère, hernie hiatale, maladie du colon) ? *(Si oui, préciser)* ..... ne sait pas  non  oui

Buvez-vous tous les jours des apéritifs, des alcools, du vin ? *(Si oui, préciser la quantité par jour)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous (eu) des problèmes hépatiques (hépatite virale, jaunisse, autres ...) ? *(Si oui, préciser)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous (eu) une maladie des yeux (glaucome, cataracte ....) *(Si oui, précisez)* ..... ne sait pas  non  oui

Avez-vous (eu) d'autres problèmes ou des maladies non citées ci-dessus ? *(Si oui, préciser)* ..... non  oui

Quels médicaments **prenez-vous actuellement** (y compris aspirine, contraceptif oral, pommade, suppositoire, collyres, laxatifs) ? **Merci d'amener vos ordonnances en consultation d'anesthésie :**


**Les 2 pages suivantes sont à lire et signer obligatoirement avant votre intervention**

## AUTORISATIONS

➤ Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : ..... déclare autoriser :

➡ Le chirurgien à pratiquer tout soin ou intervention chirurgicale nécessitée par mon état ou celui de mon enfant.

➡ L'anesthésiste réanimateur à pratiquer l'anesthésie générale ou locorégionale pour moi-même

➡ L'établissement à pratiquer **en cas de besoin**, un dosage de sérologie :

- V.I.H (Virus Immunodéficience Humaine) - V.H.C (Virus hépatite C)

Je veux qu'on communique les résultats à mon médecin traitant :  oui  non

Date :

Signature(s) :

➤ **Si vous n'êtes pas la personne hospitalisée, merci de vous reporter au formulaire « autorisation d'opérer d'un mineur ou majeur protégé »**

## PERSONNE DE CONFIANCE

➤ **La loi du 4 mars 2002 (n°2002-303) vous permet de désigner une personne de confiance** (vous pouvez choisir un parent, un proche ou votre médecin traitant).

« Cette personne de confiance sera consultée en cas d'incapacité de votre part à exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et révocable à tout moment. Si vous le souhaitez, la personne de confiance peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. »

Je souhaite désigner une personne de confiance  oui  non

**(Si oui, merci de compléter la partie ci-dessous).**

### IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM :

PRENOM :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Date :

Signature :

Visa de la personne désignée :

*(Recommandée)*

**TOURNEZ SVP➡**