

Spécialiste traitant: .....

Etabli le : ...../...../.....

(Indiquez coordonnées patient si pas d'étiquette)

Nom: .....	Date de ...../...../.....
Adresse: .....	naissance: ...../.....
.....	Numéro de
Numéro de ..... patient: .....	téléphone: <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Médecin	Genre: .....
généraliste: .....	Numéro de .....
	registre .....
	national: .....
	Mutuelle: .....

Cher/Chère,

Nous confirmons par la présente votre admission à l'hôpital AZ West.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le secrétariat .....

<b>Date intervention planifiée:</b> ...../...../.....	
<b>Date d'admission à l'hôpital:</b> ...../...../.....	
<b>Durée probable de l'hospitalisation:</b> ..... jour(s)	..... nuit(s)
<b>Choix de chambre:</b> <input type="checkbox"/> Chambre simple	<input type="checkbox"/> Chambre double
<b>Intervention planifiée /</b> .....	<b>Côté:</b> <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> bilatéral
<b>procédure invasive</b> .....	<input type="checkbox"/> pas d'application
<b>+ diagnostic:</b> .....	
<b>Remarques :</b> <input type="checkbox"/> patient est éligible pour la banque d'os <input type="checkbox"/> autres: .....	

Pour toute question concernant cette admission et/ou la chambre mise à disposition, veuillez contacter le bureau des inscriptions en semaine de 7h00 à 17h30 ou appeler le 058 33 34 30.

Veuillez vous présenter à l'une des bornes muni de votre carte d'identité électronique le jour de votre admission pour vous inscrire.

Nous vous contacterons en cas de changement.

Cordialement,

Service .....

## Consentement éclairé à l'anesthésie pour l'adulte et le patient en état d'exprimer sa volonté et/ou son représentant légal

Je soussigné(e).....(nom, prénom) déclare,

Notez toute relation avec le patient: .....

- Donne son consentement pour une intervention chirurgicale ou un traitement sous:
  - anesthésie générale
  - anesthésie locorégionale
  - sedation
  - anesthésie locale sous monitoring
- a reçu des explications concernant les risques, les avantages et les effets secondaires de l'anesthésie.
- a lu et compris les brochures accompagnantes « **anesthésie** » et « **risques en cas d'anesthésie générale, de péridurale et de bloc nerveux** », en plus des informations orales reçues du médecin traitant et de son équipe.
- que je respecterai toutes les directives préopératoires et postopératoires
- avoir complété correctement le questionnaire dans ce dossier des patients
- donner mon accord pour être admis(e) pour des raisons médicales dans une unité de soins, même si l'opération a été planifiée en hôpital de jour
- lorsque cela est nécessaire pour préserver ma santé, **j'autorise/je n'autorise pas** (biffer la mention inutile) au médecin d'administrer pendant la chirurgie / traitement des produits sanguins ou de sang (plasma, plaquettes ...). J'ai été informé des traitements alternatifs.
- Que je ne quitterai pas l'hôpital sans accompagnement, si l'intervention a lieu en hôpital de jour. Durant les premières 24 heures qui suivent mon retour à la maison, je serai accompagné(e) d'un adulte qui est capable d'appeler une aide professionnelle si nécessaire
- Comprendre que l'anesthésiste/le chirurgien peut reporter l'intervention (dans des cas exceptionnels) pour des raisons médicales impérieuses
- Savoir qu'il est interdit de conduire une voiture, un vélo ou un vélomoteur, d'effectuer un travail dangereux (actionner des machines, ...) de souscrire des engagements ou de prendre des responsabilités qui nécessitent une capacité de jugement, jusqu'à 24 heures après l'opération, quelle que soit la technique d'anesthésie utilisée

donne aux médecins du service d'anesthésie-réanimation mon accord pour effectuer une anesthésie avant l'opération/le traitement.

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

Signature + cachet anesthésie

Lieu : .....

Signature du patient :

.....



### C. Cœur et affections vasculaires

1. Avez-vous une maladie cardiaque? Avez-vous eu des problèmes cardiaques dans le passé ? Oui/Non  
Si oui, spécifiez :  
.....  
.....
2. Souffrez-vous d'hypertension? Oui/Non
3. Souffrez-vous d'une affection de la valvule cardiaque/ souffle au cœur? Oui/Non
4. Etes-vous vite essoufflé a l'effort? Oui/Non
5. Avez-vous les pieds ou chevilles gonflés? Oui/Non
6. Souffrez-vous?  
- Varices aux jambes Oui/Non  
- phlébites Oui/Non

### D. Systeme nerveux

1. Souffrez-vous des affections nerveuses suivantes?  
- épilepsie Oui/Non  
- thrombose Oui/Non  
- sclérose en plaques Oui/Non  
- migraine Oui/Non  
- autre: spécifie .....  
.....

### E. Dos et muscles

1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert du dos ? Oui/Non
2. Est-ce que un membre de votre famille est atteint d'une maladie musculaire ? Oui/Non

### F. Estomac, intestins, foie

1. Avez-vous ou avez-vous eu les affections suivantes:  
- perforations de l'estomac Oui/Non  
- hépatites Oui/Non  
- affection du foie Oui/Non  
- ulcère a l'estomac Oui/Non  
- hémorragie de l'estomac Oui/Non

### G. Reins

1. Avez-vous une maladie rénale ? Avez-vous eu des problèmes rénaux ? Oui/Non

### H. Sang

1. Saignez-vous anormalement longtemps après par exemple : une coupure, une opération, ... ? Oui/Non

### I. Métabolisme

1. Etes-vous diabétique? Oui/Non
2. Avez-vous pris de la cortisone les six derniers mois ? Oui/Non
3. Souffrez-vous ou avez-vous eu des problèmes de thyroïde ? Oui/Non

## J. Obstétrique

1. Vous êtes enceinte? Possibilité de grossesse ? Oui/Non

## K. Autres

1. Etes-vous en traitement pour une maladie non mentionnée dans ce questionnaire? Oui/Non

Si oui, spécifiez .....

2. Etes-vous en traitement pour les apnée du sommeil ? Oui/Non

Si vous disposez d'un appareil pour le sommeil, veuillez l'amener le jour de l'admission.

3. Avez-vous un document de planification des soins ? Oui/Non

Si oui, lequel:  euthanasie  déclaration de volonté négative  représentant

Qui a une copie de ces documents ? .....

## L. Souhaitez vous signaler autre chose

.....

