

**Pôle Plateau Technique**  
**Chirurgie – Bloc – USC – Imagerie – Maternité -**  
**Consultations externes**  
Dr MARTINEZ – Chef de Pôle

**CARNET DE SOINS AMBULATOIRES**

**CARNET D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE**

**Ce carnet doit être lu attentivement, complété, signé, puis rapporté à la consultation d'anesthésie et le jour de l'intervention.**

Étiquette patient

**RDV consultation d'anesthésie**

Le ..... à .....

**Intervention**

Le ..... à .....

Dans le service de chirurgie ambulatoire au 1<sup>er</sup> étage, il faudra vous présenter au bureau des infirmières avec vos étiquettes d'admission

**Jeûne pré-opératoire**

Jeûne total à partir de : .....

**NE PAS BOIRE, NE PAS MANGER, NE PAS FUMER, NE PAS VAPOTER, PAS DE CHEWING GUM**



## **CONTACTS UTILES**

### **Pour tout changement de rendez-vous :**

04 79 41 79 72

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9H à 12H30 et de 13H45 à 17H00.

### **Pour toute question relative à l'intervention et les suites opératoires :**

Le service de chirurgie :

04 79 41 79 16

ou

04 79 41 79 35

### **En cas d'urgence :**

04 79 41 79 79

Le service des urgences est ouvert 24H/24H.



## TABLE DES MATIERES

Les formalités administratives .....	6
Pour la consultation d'anesthésie .....	8
Informations des patients sur la douche pré-opératoire.....	9
Les consignes particulières : bébés et jeunes enfants .....	12
Informations concernant la prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation.....	13
Informations pour la prise en charge de la douleur.....	15

## ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE .....	18
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'ANESTHESIE .....	20
FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE.....	22
AUTORISATION D'OPÉRER POUR MINEUR OU ADULTE SOUS TUTELLE OU CURATELLE .....	24
DEMANDE DE CHAMBRE SEULE .....	26



## **1. Les formalités administratives**

Afin de faciliter vos formalités administratives, vous pouvez dès à présent vous présenter au bureau des admissions avec les documents suivants :

- Votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, passeport, ...).
- Votre carte vitale à jour ou CEAM.
- Votre carte mutuelle ou attestation CMU-C.
- La feuille d'accident du travail le cas échéant.

En l'absence de ces documents, vous devrez vous acquitter immédiatement des frais engagés, selon l'article R6145-4 du CSP.

### **Médecin traitant :**

Dr .....

### **Si vous souhaitez bénéficier d'une chambre seule :**

Nous vous invitons à transmettre au bureau de l'accueil patientèle le formulaire de demande de chambre seule dûment complété (page détachable en fin de livret) :

- Sur place
- Par e-mail : [bde@ch-bsm.fr](mailto:bde@ch-bsm.fr)

NB : nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve de disponibilité le jour de votre entrée.





## **2. Pour la consultation d'anesthésie**

Il faudra communiquer :

- Vos antécédents médicaux et chirurgicaux
- Vos comptes rendus de consultations spécialisées (cardiologie, pneumologie, etc.)
- Vos allergies
- Vos traitements en cours : **présentez vos ordonnances**
- Vos résultats des derniers bilans sanguins
- Votre carte de groupe sanguin (si vous en possédez une)

**Vous devez remplir, signer et donner à l'entrée dans le service lors de votre arrivée :**

**Les formulaires de consentement d'opérer et d'anesthésier  
(documents détachables en fin de livret)**

### **3. Informations des patients sur la douche pré-opératoire**

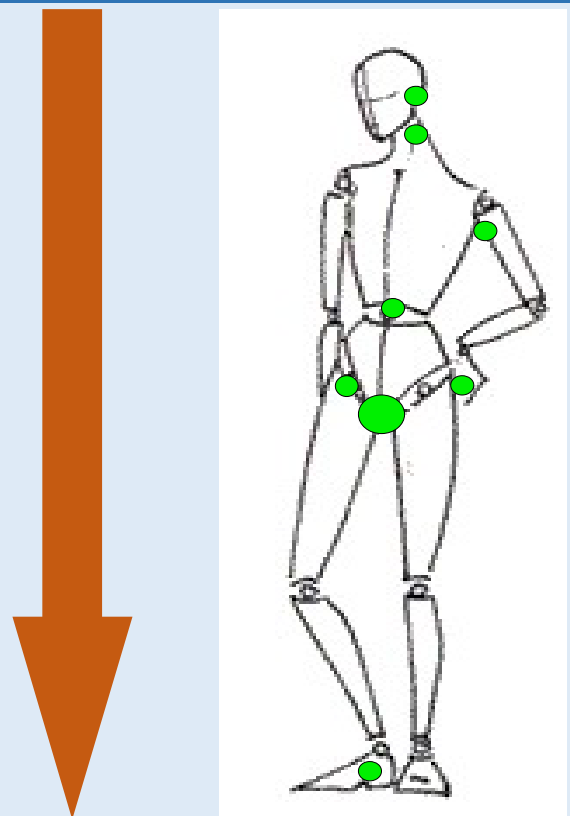
Dans un premier temps, enlevez vos bijoux, alliance, piercings, vernis à ongles ou faux ongles, maquillage. Brossez et coupez vos ongles.

Si vous avez des difficultés à retirer vos bijoux (bague, alliance, piercing, etc.) vous devrez vous rendre chez un bijoutier pour les retirer. Dans le cas contraire, ces bijoux seront retirés (ou coupés) par le personnel du service.

1. Mouiller l'ensemble du corps
2. Se laver les cheveux avec votre shampoing personnel
3. Se laver le corps avec le savon antiseptique, en respectant l'ordre suivant (si utilisation d'un gant de toilette celui-ci doit être propre) :  
Visage,  
Cou,  
Thorax,  
Dos,  
Membres,  
Aisselles,  
Pieds  
Et terminer par la région génito-anale.  
Insister sur les points ● suivants  
*Cou, oreilles, aisselles, ongles, mains et pieds, région inguinale, ombilic, région génito-anale*
4. Rincer abondamment
5. Se sécher avec des serviettes de toilette propres du jour
6. Remettre ensuite des vêtements propres du jour

#### **La réalisation de la douche**

**Du haut**



**Vers le bas**



**Ne pas vous raser, ni vous enlever les poils ou les cheveux de la zone à opérer**

**2**



**C'est le nombre de douches que vous devez prendre avant de vous faire opérer**



**1** douche chez vous la veille de votre opération avec le savon antiseptique qui vous a été prescrit



**1** douche chez vous le jour de votre opération avec le savon antiseptique qui vous a été prescrit

**Nous vous demandons de bien respecter les recommandations qui vous sont données dans ce document.**



#### 4. Les consignes particulières : bébés et jeunes enfants



Afin de ne pas déstabiliser votre enfant le jour de son intervention, **il est important** :

- De lui expliquer ce qu'il va se passer (visitez le site de l'association Sparadrap, où vous trouverez un guide « Chirurgie/Hôpital », et autres documents pour les enfants)  
[https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf\\_feuilletable/L02/index.html](https://www.sparadrap.org/sites/default/files/pdf_feuilletable/L02/index.html)



- D'apporter pour la journée les biberons préparés (sans chocolat), les couches, 2 pyjamas, 2 paires de chaussettes et 1 paire de chaussons.
- De venir avec son jouet ou nounours préféré (doudou propre) et/ou sa tétine, selon ses habitudes.
- De rester dans le service le jour de l'intervention pour être auprès de lui le plus rapidement possible dès son passage en chambre d'ambulatoire.

**A noter** : 1 seule personne sera autorisée à entrer.

Il est interdit d'apporter des friandises (bonbons, gâteaux, chocolats, etc.) aux enfants le jour de leur intervention chirurgicale (risques de vomissements).

## **5. Informations concernant la prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation**

A. En ambulatoire (vous ne dormirez pas à l'hôpital) :

### **Avant l'opération :**

Vous serez appelé(e) la veille de votre opération pour vous communiquer les dernières consignes, l'horaire de votre arrivée et répondre à vos questions.

Vous serez opéré(e) dans la journée en fonction du déroulement du programme opératoire.

Il est impératif de respecter les rendez-vous donnés et les consignes qui vous seront notifiées.

### **Après l'opération :**

Votre sortie est prévue le jour même **après accord du chirurgien et/ou du médecin anesthésiste réanimateur.**

#### **- Vous n'êtes pas autorisé(e) à partir seul(e).**

Prévoyez une personne adulte et responsable qui vous accompagne. Pour les enfants en bas âge, la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit la voiture. Dans ce cas, 2 personnes devront donc accompagner l'enfant lors de sa sortie.

Il vous appartient d'informer votre accompagnant des précautions particulières liées à votre hospitalisation.

### **Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie, vous devez avoir accès sans délai à un téléphone.**

- La conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures après votre intervention, du fait de l'anesthésie.
- Vous pouvez boire et manger légèrement selon les recommandations qui vous seront faites. Ne buvez pas d'alcool. Évitez de fumer.

- Prenez les médicaments prescrits sur l'ordonnance qui vous sera remise ainsi que votre traitement habituel.
- Pour des raisons médicales, une hospitalisation peut être envisagée.

Le lendemain de votre opération en ambulatoire :

Nous prendrons contact avec vous par téléphone afin de répondre à d'éventuelles questions.

B. En hospitalisation (vous passerez au moins une nuit dans le service) :

Vous devez prévoir d'apporter votre nécessaire de toilette ainsi que des serviettes de bain (propres) (pour le séjour d'hospitalisation)

Vous serez opéré(e) dans la journée en fonction du déroulement du programme opératoire.

Il est impératif de respecter les rendez-vous donnés et les consignes qui vous seront notifiées. Le cas échéant, l'opération pourrait être reportée.

**Pour des raisons médicales, les visites seront autorisées  
selon les consignes du service.**

## 6. Informations pour la prise en charge de la douleur

### La lutte contre la douleur



#### Qu'est-ce que la douleur ?

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » OMS (Organisation Mondiale de la santé).

#### Il existe plusieurs types de douleurs :

**La douleur aiguë** : elle a valeur de signal d'alarme, de symptôme aidant au diagnostic. Généralement, elle décroît lorsqu'un traitement est institué.

**La douleur chronique** : une douleur chronique est une douleur qui évolue depuis 3 à 6 mois. Elle est soit permanente, soit intermittente.

#### Le droit de ne pas souffrir inutilement :

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le code de la Santé Publique dont l'article L 1110-5 précise : **« toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».**

#### Comment signaler la douleur

Personne d'autre n'est mieux placé que le patient pour décrire ce qu'il ressent. Vous devez expliquer au personnel soignant (médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignants, manipulateurs radio...) quand et où survient la douleur.

#### Comment évaluer la douleur ?

Aucun examen paramédical ne permet d'objectiver et quantifier la douleur. Il faut donc évaluer son intensité.



De nombreuses méthodes existent dont :

**L'échelle numérique** : la personne attribue une note de 0 à 10 pour décrire l'intensité de sa douleur

**L'échelle visuelle analogique (EVA)** : la personne positionne un curseur sur un point, entre « pas de douleur » et « douleur extrême ». Au verso, la position du curseur correspond à un chiffre situé entre 1 et 100.

### **Comment lutter contre la douleur ?**

Il existe différentes approches pour lutter contre la douleur.

#### **L'approche médicamenteuse :**

L'automédication est hautement déconseillée. Lorsque vous entrez à l'hôpital, vous ne prenez que les traitements qui vous sont proposés par le personnel soignant. A la sortie de l'hôpital, le médecin vous donnera une ordonnance avec des antalgiques. Vous ne prendrez que les médicaments notés sur l'ordonnance.

Votre médecin vous prescrira un traitement contre la douleur en fonction de l'intensité de celle-ci. En cas de questions, n'hésitez pas contacter le service ou votre médecin traitant.

#### **L'approche non médicamenteuse :**

La glace, le repositionnement, les méthodes psychocorporelles ou comportementales permettent également de diminuer l'anxiété et le stress, ce qui a pour effet de minorer la perception de la douleur.

***Pendant votre hospitalisation, une évaluation de la douleur vous sera proposée très régulièrement. Cette évaluation a toute son importance environ trente minutes après l'administration d'un médicament afin de juger de son efficacité ou d'une éventuelle adaptation du traitement.***

**Le CLUD (Comité de lutte contre la Douleur)** a pour objectif :

- De mieux organiser la prise en charge de la douleur en coordonnant les actions de soins,
- D'aider au développement de la formation continue du personnel paramédical,
- De susciter l'amélioration de la qualité par le traitement et l'évaluation de la douleur.

Il existe un référent douleur dans chaque service de soins.





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Madame

Monsieur

Certifie que le docteur ..... m'a donné des informations précises sur mon problème de santé qui a motivé cette consultation.

Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible le but de l'intervention, l'inconfort qu'elle peut entraîner et les complications immédiates et tardives, fréquentes ou rares qui peuvent survenir.

J'ai eu la possibilité de poser des questions auxquelles il a répondu.

Fait à .....

Le .....

Lu et approuvé

Signature(s)\*

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

**\* Pour les mineurs les signatures du père et de la mère ou des représentants légaux sont obligatoires.**

**Si un des parents est déchu de l'autorité parentale, le jugement doit être fourni.**





## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'ANESTHESIE

Nom : ..... Prénom : .....

J'ai bien reçu le fascicule au cours de la consultation d'anesthésie

du..... avec le Docteur.....

J'estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'accepte la technique d'anesthésie qui m'a été proposée ainsi que les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés indispensables par le médecin anesthésiste réanimateur ou le chirurgien.

Je suis informé(e) que le médecin anesthésiste vu lors de la consultation ne sera pas obligatoirement celui qui réalisera l'anesthésie.

Anesthésie proposée :

- Anesthésie générale
- Anesthésie locorégionale
- Sédation

Après avoir pris connaissance des recommandations du médecin anesthésiste, nous vous demandons de signer cette feuille pour manifester votre accord avec la procédure proposée.

A....., le.....

Lu et approuvé

Signature(s)\*

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

**\* Pour les mineurs la signature du père et de la mère sont obligatoires.**

**Si un des parents est déchu de l'autorité parentale, le jugement doit être fourni.**





**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
(Art L1111-6 du Code de la Santé Publique)**

**Je soussigné(e),**

Nom : .....

Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse :

.....  
.....

Hospitalisé(e) dans le service de : .....

**Désigne**

Mr, Mme,

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Lien avec le patient : .....

Comme ma **personne de confiance** pour m'assister en cas de besoin

Pour la durée de mon hospitalisation dans le service de

.....

Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement.

Mr, Mme,

- .....
- Pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins.

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de joindre la personne de confiance, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- J'ai bien noté :
  - Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes choix,
  - Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais communiquées comme telles au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance,
  - Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de son rôle éventuel et de m'assurer de son accord,
  - Que je pourrai révoquer cette désignation à tout moment et par tous moyens.

### ***Avertissement***

Pour que cette désignation soit prise en compte par l'établissement, vous devez impérativement remettre ce formulaire au médecin du service ou à son secrétariat.

Vous veillerez à mettre à jour les coordonnées de la personne de confiance désignée lors de chacune de vos hospitalisations en indiquant les éventuelles modifications au médecin du service.

Fait à .....

Le .....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :





## AUTORISATION D'OPÉRER POUR MINEUR OU ADULTE SOUS TUTELLE OU CURATELLE

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur....., agissant en qualité de  
père / mère / tuteur (rayer les mentions inutiles)

Madame/Monsieur....., agissant en qualité de  
père / mère / tuteur (rayer les mentions inutiles)

Certifiant avoir l'autorité légale pleine et entière sur :

L'enfant mineur

.....

L'adulte sous tutelle ou curatelle

.....

Donne l'autorisation d'opérer et de réaliser tous soins s'y rapportant.

Après avoir reçu les éléments d'informations nécessaires et complets par le praticien.

Fait à .....

Le .....

Lu et approuvé

Signature(s)\*

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

**\* Pour les mineurs les signatures du père et de la mère ou des représentants légaux, sont obligatoires.**

**Si un des parents est déchu de l'autorité parentale, le jugement doit être fourni.**





## DEMANDE DE CHAMBRE SEULE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

NOM :

.....

Prénoms :

.....

Date de naissance :

.....

Souhaite bénéficier d'une chambre particulière au tarif de 55€ par jour.

Je m'engage à régler ces frais si ceux-ci ne sont pas couverts par mon organisme complémentaire.

Fait à .....

Le .....

Signature :