

# LIVRET PRÉOPÉRATOIRE

Chirec site Basilique



## VOS RENDEZ-VOUS

Le ..... / ..... / ..... à ..... h ....., chez .....

Le ..... / ..... / ..... à ..... h ....., chez .....

Le ..... / ..... / ..... à ..... h ....., chez .....

Vous retrouverez la liste des numéros de téléphone utiles au dos de ce livret.

## N'OUBLIEZ PAS...

### DANS LES 2-3 JOURS AVANT L'OPÉRATION :

- En cas de douleur ou de fièvre, ne pas prendre d'aspirine, ni d'ibuprofène (Nurofen®...), prenez du paracétamol tel que Dafalgan®, Perdolan® (sauf instruction reçue lors de la consultation avec l'anesthésiste).

- Si vous faites de la fièvre, tousssez ou développez un état grippal ou toute autre modification de votre état de santé, prenez contact avec votre médecin généraliste qui évaluera la situation. En cas de doute sur le maintien ou non de l'intervention, contactez l'équipe d'anesthésie ou le chirurgien.

A respecter

La prescription reçue par l'anesthésiste pour la prise des médicaments personnels (à poursuivre et/ou à supprimer).

Instructions spéciales hôpital de jour

D'un point de vue légal, il vous est interdit de conduire une voiture ou tout autre engin pendant les 24 heures qui suivront votre intervention. Pensez à organiser votre retour, accompagné(e) d'un adulte responsable.

Une personne valide devra passer la première nuit post-opératoire avec vous.

### LE JOUR DE L'ADMISSION

Emportez

- ce livret préopératoire dûment complété
- votre carte d'identité
- votre carte d'assurance et tout autre document de prise en charge

Vous recevrez les dernières informations pour votre hospitalisation en téléphonant au 02/434.22.55 ou via un appel de la clinique après 14h, la veille de votre intervention ou le vendredi (si l'intervention à lieu un lundi)

Date et heure d'admission ..... / ..... / ..... à ..... h.....

Type d'intervention : .....

### Être à jeun pour l'intervention

- Manger 7h avant
- Eau, thé, café sans lait 3h avant

Pour les enfants :

- Dernier biberon de lait 7h avant
- Dernière tétée 5h avant

## Livret préopératoire

Madame,  
Monsieur,

L'ensemble du personnel du Chirec vous souhaite la bienvenue et met tout en œuvre afin de vous aider à bien préparer votre hospitalisation ou celle de votre enfant.

Ce livret préopératoire constitue le lien entre vous, le personnel administratif et infirmier, votre médecin généraliste, l'anesthésiste et le chirurgien.

Nous vous invitons à lire attentivement ce livret et à compléter et signer les différents questionnaires ainsi que les formulaires de consentement en fonction des codes couleurs ci-dessous. N'oubliez pas de l'emporter lors de vos visites à la clinique, ainsi que lors de l'hospitalisation.

Il est normal que vous vous posiez des questions. N'hésitez pas à appeler le service concerné qui pourra au mieux répondre à vos demandes. Vous trouverez au dos de ce livret, les numéros de téléphone utiles.

Nous vous souhaitons d'ores et déjà un bon séjour dans notre établissement.

### Table des matières

Livret préopératoire.....	1
Vos Rendez-vous.....	1
N'oubliez pas.....	2
Rendez-vous anesthésie.....	4
Questionnaire d'anesthésiologie.....	5
Liste des médicaments.....	6
Les intolérances à certains médicaments.....	7
Les allergies.....	7
Vos antécédents médicaux.....	8
Les antécédents médicaux de votre enfant.....	9
Anamnèse spécifique aux troubles de la coagulation.....	10
Instructions médicaments personnels.....	12
Ensemble, parlons de votre douleur.....	13
Notre site : Chirec Basilique.....	15

## RENDEZ-VOUS ANESTHÉSIE

- Vous venez de rencontrer votre chirurgien et/ou médecin spécialiste. Les questions qui vous préoccupent au sujet de votre intervention doivent lui être posées avant le jour de votre hospitalisation.
- Pour votre sécurité et la qualité de votre hospitalisation, vous devez obligatoirement\* rencontrer un anesthésiste. Vous pouvez prendre votre rendez-vous en téléphonant au numéro repris au dos de ce livret.
- Pour nous aider à évaluer votre état de santé, auriez-vous la gentillesse de remplir complètement le questionnaire d'anesthésiologie (voir ci-après) et de nous le remettre lors de la consultation d'anesthésie. Si nécessaire, faites-vous aider de votre médecin traitant pour le compléter.

Il va de soi que ce questionnaire est tout à fait confidentiel.

La visite chez l'anesthésiste peut être accompagnée d'une rencontre avec un membre du personnel administratif qui vous expliquera les conditions financières en fonction de votre choix de chambre.

Dans ce cadre, les renseignements concernant votre assurance hospitalisation pourront être nécessaires. Si vous en possédez une, pensez-y.

Pour ces différents rendez-vous, prévoyez au moins 2 heures et veuillez-vous munir des documents suivants :

- Derniers résultats d'examens récents (moins d'un an)
- Prise de sang
- Rapport de consultation réalisé en dehors du Chirec chez le cardiologue, le pneumologue...
- livret préopératoire dûment complété
- Carte d'identité
- Carte d'assurance et tout autre document de prise en charge

## QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIOLOGIE

(à remplir par le patient ou son représentant légal)

Si nécessaire, faites-vous aider par votre médecin généraliste.

Il va de soi que ce questionnaire est tout à fait confidentiel et qu'il ne sera consulté que par l'anesthésiste qui s'occupera de vous.

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

Avez-vous perdu du poids récemment ?  OUI  NON

Si oui, combien : ..... kg

Indiquez les maladies importantes que vous avez déjà présentées :

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

Indiquez les opérations que vous avez déjà subies :

Opération Date Complications éventuelles

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

## LISTE DES MÉDICAMENTS

### Pensez aux médicaments fréquemment oubliés :

- injections
- puffs ou aérosols
- patchs
- vitamines
- insuline
- gouttes
- préparations magistrales
- médicaments pris 1x/sem. ou 1x/mois
- somnifères
- contraceptifs

### N'oubliez pas les médicaments pris les 6 dernières semaines :

antibiotiques, anticoagulants, antiagrégants (aspirine...), anti-inflammatoires.

Nom et forme du médicament	Dosage	Fréquence	Matin	Midi	Soir	Coucher	Indications et remarques + date d'interruption éventuelle

## LES INTOLÉRANCES À CERTAINS MÉDICAMENTS

Médicaments	Type d'intolérance	Description / autres
..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons ..... ..... .....
..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons ..... ..... .....
..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons ..... ..... .....
..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons ..... ..... .....
..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons ..... ..... .....

## LES ALLERGIES

Produits	Type d'allergie	Description / autres
Fruits : kiwi, banane, tomate, autre	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements <input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés <input type="checkbox"/> Syncope	..... ..... .....
Pollen, graminées, acariens, chats, chiens	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements <input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés <input type="checkbox"/> Syncope	..... ..... .....
Produits utilisés lors d'examens médicaux ex. : produit de contraste en radiologie, iso-Bétadine®	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements <input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés <input type="checkbox"/> Syncope	..... ..... .....
Autre, citez : ..... .....	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements <input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés <input type="checkbox"/> Syncope	..... ..... .....
Autre, citez : ..... .....	<input type="checkbox"/> Urticaire, chatouillements <input type="checkbox"/> Gonflement, œdèmes cutanés <input type="checkbox"/> Syncope	..... ..... .....

## VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	Commentaire
Avez-vous déjà eu un problème lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Un des membres de votre famille a-t-il déjà eu des problèmes lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu ou avez-vous un problème cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous parfois des palpitations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Vous arrive-t-il de faire une syncope ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu un infarctus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu de l'angine de poitrine ou des douleurs de poitrine en relation avec votre cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous une tension artérielle trop haute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Êtes-vous vite à court d'haleine quand vous faites un effort modéré ou quand vous montez les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Vous éveillez-vous la nuit à court d'haleine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Souffrez-vous d'apnées du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ?			.....
Avez-vous souvent les chevilles qui gonflent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà fait une phlébite ou une embolie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Êtes-vous asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Souffrez-vous de bronchite chronique ou avez-vous des "poumons de mineur" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous eu récemment une bronchite, une bronchopneumonie ou une pneumonie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Toussez-vous souvent actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, est-ce une toux grasse ?			.....
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, combien de cigarettes par jour ?			.....
Consommez-vous des boissons alcoolisées de manière journalière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, lesquelles et quelle quantité ?			.....
Consommez-vous des stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, lesquels, à quelles occasions, quelle quantité ?			.....



## Livret préopératoire

OUI NON Commentaire

	OUI	NON	Commentaire
Avez-vous déjà eu un problème lors d'une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu une hépatite, une cirrhose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu une jaunisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous une maladie contagieuse actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, avez-vous encore le brûlant actuellement ?			.....
Etes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous des problèmes thyroïdiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà fait de l'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà eu une thrombose cérébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous déjà subi un traitement psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Etes-vous enceinte ou pensez-vous qu'il est probable que vous le soyez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous des tendances à saigner, votre sang coagule-t-il mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Faites-vous de l'arthrose ou du rhumatisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Etes-vous très anxieux(se) à l'idée de l'intervention que vous allez subir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous des tatouages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Vous pouvez noter ici les questions que vous voudriez poser à l'anesthésiste lors de la consultation :

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

**Bruxelles, le**

**Nom et signature**

## LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE VOTRE ENFANT

	OUI	NON	Commentaire
L'enfant est-il né prématurément ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui à combien de semaines ?			.....
L'enfant a-t-il présenté des problèmes à la naissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
S'agit-il d'un enfant adopté ? Si oui, de quel pays ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Devient-il bleu quand il fait un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
A-t-il des dents qui balancent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il des troubles du comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il une maladie neuromusculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il une maladie qui touche les cellules du sang (drépanocytose, déficit en G6PD) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous une remarque importante à signaler au sujet de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Votre enfant a-t-il actuellement ou a-t-il déjà eu un problème cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Souffre-t-il d'apnées du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, est-il appareillé ?			.....
Est-il asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Avez-vous connaissance d'une dépendance chez votre enfant (tabac, alcool, drogue) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Si oui, lesquelles, quelle quantité ?			.....
A-t-il actuellement une maladie contagieuse (poux, gale, varicelle, herpès...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Est-il diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
A-t-il déjà fait de l'épilepsie ou des convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Porte-t-il...  une prothèse dentaire  une prothèse auditive  
 des verres de contact  des lunettes  
 des piercings >localisez : .....  
 autre >précisez : .....

Vous pouvez noter ici les questions que vous voudriez poser à l'anesthésiste lors de la consultation :

.....  
 .....

**Bruxelles, le**

**Nom et signature**

**ANAMNÈSE SPÉCIFIQUE AUX TROUBLES DE LA COAGULATION**

(à joindre à l'anamnèse préopératoire)

	Enfant		Famille	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Vous a-t-on déjà parlé de saignements anormaux chez votre enfant et/ou chez un des membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà présenté des saignements abondants et prolongés lors de :				
• chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• prise de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous a-t-on déjà signalé une maladie de sang ?				
• hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von Willebrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les femmes de la famille souffrent-elles de :				
• règles abondantes et prolongées de plus de 7 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• saignements anormaux à l'accouchement nécessitant une transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Votre enfant a-t-il déjà eu des bleus ou des petits saignements sans traumatisme sur le torse ou sur d'autres régions inhabituelles du corps ? (habituel = jambes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Votre enfant a-t-il fréquemment des bleus ?				
• 1 ou 2 fois par semaine ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A-t-il présenté des hématomes sur ses vaccins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Votre enfant a-t-il déjà eu des saignements de nez sans raison, durant plus de dix minutes nécessitant une intervention médicale pour les arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre enfant saigne-t-il quand il se brosse les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Votre enfant a-t-il déjà présenté des saignements prolongés lors de la chute d'une dent de lait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Votre enfant a-t-il présenté du sang :				
• dans les selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Votre enfant a-t-il pris dans les 7 à 10 jours qui viennent de s'écouler des anti-inflammatoires ? (Nurofen®, Malafen®, Ibuprofen®, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INSTRUCTIONS MÉDICAMENTS PERSONNELS

(à remplir par l'anesthésiste)

» Vous entrez à la clinique le ..... / ..... / ..... à ..... h .....

» Concernant votre traitement actuel :

Médicaments à poursuivre : .....

.....

.....

jusqu'au : .....

Médicaments à supprimer : .....

.....

.....

à partir de : .....

Médicaments à prendre le matin de l'intervention : .....

.....

.....

.....

» Prenez une douche la veille et le jour de votre intervention

» Le jour de l'opération, vous devrez être à jeun (pas de nourriture, pas de lait)

à partir de ..... h, soit au moins **7 heures** avant l'opération. La prise d'une boisson sucrée est conseillée **3 heures** avant l'intervention.

Si vous souffrez de diabète, une boisson sans sucre vous sera proposée. Après cela, vous ne devrez plus boire. Un peu d'eau est autorisée si vous devez prendre des médicaments. Ne fumez plus dès la veille de votre intervention.

Pour votre sécurité, merci de respecter scrupuleusement ces instructions

**L'anesthésiste**

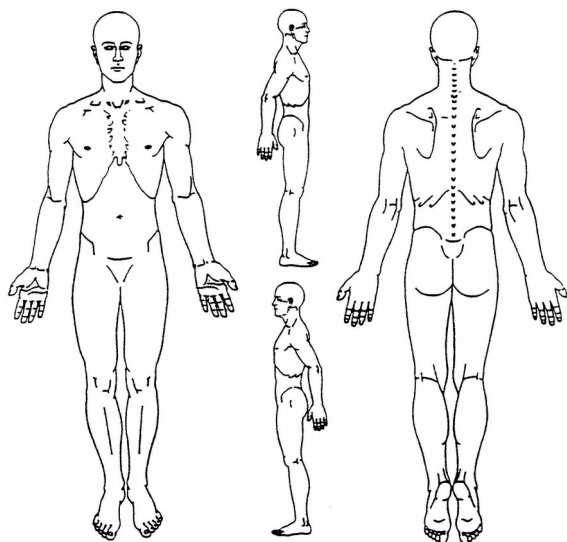
**Date**

## ENSEMBLE, PARLONS DE VOTRE DOULEUR

Pour vous proposer une prise en charge personnalisée, comprendre ce que vous ressentez est une étape importante.

Nom ..... Prénom .....

né(e) le ..... / ..... / .....



Décrivez votre/vos douleur(s) avec vos mots. Que ressentez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Actuellement, quelle est l'intensité de votre douleur ?

La note 0 correspond à "pas de douleur"

La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable"

A combien évaluez-vous votre douleur imaginable au repos (sans bouger) ? ..... /10

A combien évaluez-vous votre douleur à la mobilisation (lors d'une activité, Plus le trait est proche Plus le trait est proche en marchant...) ? ..... /10

### Comment vous sentez-vous ?

Questions	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	mitigé(e)	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5
Je suis préoccupé(e) par l'anesthésie					
Je pense continuellement à l'anesthésie					
J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
Je suis préoccupé(e) par l'intervention					
Je pense continuellement à l'intervention					
Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

**Lors de votre hospitalisation :**

> votre rôle est de nous prévenir, de nous interpeller lorsque vous avez mal.

> notre rôle est de vous croire, de vous écouter et de tout mettre en œuvre pour essayer de vous soulager au mieux.

**A votre retour à domicile :**

Si, malgré le traitement, les douleurs sont persistantes ou augmentent brutalement, n'hésitez pas à interpeller votre médecin généraliste sans attendre. Celui-ci pourra aussi prendre contact avec le chirurgien et/ou le centre de la douleur.

**NOTRE SITE : CHIREC BASILIQUE**

Adresse :

Rue Pangaert, 37-47

BE - 1083 Bruxelles

Accueil général

Tel : +32 2 434 21 11

Secrétariat bloc opératoire NCB

Tel : +32 2 434 22 55

Notre site web: <http://www.chirec.be>