

À REMPLIR PAR LE PATIENT ET LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE, À APPORTER POUR LA CONSULTATION
PRÉOPÉRATOIRE ET L'ADMISSION :

Préparation à la chirurgie et aux examens interventionnels

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Nom du contact :

Numéro de téléphone du contact :

Langue maternelle :

Langue de contact :

Cher patient, chère patiente,

Vous serez bientôt opéré(e) à (indiquer) :

☐ **CH Glorieux Renaix**

☐ **CH Sint-Elisabeth Zottegem**

Veuillez lire attentivement ces informations. Cette liasse à compléter contient tous les **formulaires rassemblés que vous devez remplir avant votre opération/traitement ou examen**. Pour garantir le bon déroulement de votre admission, nous vous demandons de bien vouloir **la passer en revue dans les détails** et de répondre correctement aux **questions**, si nécessaire avec l'aide de votre famille ou de votre médecin généraliste.

Avant l'opération, un rendez-vous pour la consultation préopératoire vous sera donné. Apportez ce formulaire avec vous ; si vous le souhaitez, vous pouvez également consulter votre médecin généraliste.

- À compléter par le patient : p 5 - 14
- À compléter par l'infirmière préopératoire/le médecin généraliste : p 15 - 22

Important : Votre médecin ou le secrétariat vous a fait parvenir la date et l'heure de votre admission. En fonction du planning définitif et pour éviter des temps d'attente inutiles à l'hôpital, l'heure de votre admission peut encore changer. Dans ce cas, vous en serez informé par téléphone par la consultation préopératoire ou le secrétariat dans l'après-midi de la veille de votre admission.

Attention : Si vous êtes admis à l'Hôpital de jour Chirurgical du CH Sint-Elisabeth Zottegem, nous vous demandons d'appeler vous-même le 09 364 87 81 un jour ouvrable avant votre admission entre 13h00 et 16h00 pour connaître l'heure de votre arrivée à l'hôpital de jour. Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la brochure d'accueil de l'Hôpital de jour Chirurgical.

Qui sont les hôpitaux REZO ?

Un vent nouveau souffle sur le paysage des soins de santé des Ardennes flamandes. L'asbl REZO est un **groupe hospitalier reconnu** de deux hôpitaux, CH Glorieux (Renaix) et CH Sint-Elisabeth (Zottegem). En fait, nous travaillons en étroite collaboration depuis 2018. En outre, les deux établissements de santé font partie de l'association faîtière **Réseau hospitalier E17**.



REZO vise à des soins de base de **qualité, accessibles et abordables** à offrir à tous les habitants des Ardennes flamandes. Des médecins, chirurgiens, spécialistes, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres collaborateurs enthousiastes expérimentés sont prêts à vous aider chaque jour.

Avec REZO nous voulons également répondre **de manière proactive aux changements** drastiques dans le paysage des soins de santé, où les hôpitaux collaboreront davantage dans les dix prochaines années à la demande du gouvernement.

Offre de soins

Nous souhaitons maintenir une offre de soins aussi large que possible, voire l'élargir et l'affiner davantage. Cependant, les progrès médicaux avancent très vite : les possibilités sont de plus en plus nombreuses. La législation oblige donc les hôpitaux à centraliser certains soins. En regroupant toutes les expériences en un seul endroit, la qualité de nos soins peut être encore améliorée.

De plus, cela nous donne également la possibilité d'utiliser des technologies innovantes telles que la chirurgie robotique pour chaque patient. En bref, une offre de soins de santé de qualité et pertinente pour tous reste l'objectif ultime.

Dans cet objectif qualitatif, certaines opérations seront réalisées uniquement au CH Glorieux et d'autres opérations seront réalisées uniquement au CH Sint-Elisabeth.

Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Votre médecin vous indiquera quand une opération doit être réalisée dans l'autre hôpital. Votre médecin ne vous suggérera cette option que si elle constitue la meilleure option pour vous. De nombreux chirurgiens travaillent déjà dans les deux hôpitaux. Vous n'avez donc pas besoin de prendre rendez-vous avec un autre médecin. Votre médecin restera votre médecin et continuera à pratiquer votre intervention chirurgicale.

Tous les examens et rendez-vous préopératoires peuvent se poursuivre normalement dans votre hôpital habituel. Vous n'aurez à vous déplacer qu'une seule fois vers l'autre hôpital pour l'admission et l'opération elle-même. Les soins de suivi et le suivi ultérieur auront lieu à nouveau dans votre hôpital habituel. Nous essayons de limiter autant que possible l'impact du déménagement.



Votre consentement

Le consentement éclairé du patient est une obligation légale et une condition pour tout traitement tel que l'anesthésie. Art. 8 §§1 et 2 de la Loi relative aux droits du patient : « Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable ». Le but de cette liasse d'information est de vous fournir les informations nécessaires sur l'anesthésie, ses effets secondaires et ses complications possibles, afin que vous puissiez donner votre consentement en toute connaissance de cause.

Le questionnaire préopératoire comprend une section où vous pouvez donner votre consentement éclairé. Pour les enfants, l'autorisation sera donnée par le représentant légal (père, mère ou tuteur). Ceci s'applique également aux personnes qui, pour d'autres raisons, ne sont pas en mesure de prendre elles-mêmes leurs décisions.

Anesthésie pendant votre intervention

Pour une intervention chirurgicale sûre et réussie, il est important que vous soyez bien informé(e) sur l'anesthésie qui sera utilisée pendant votre opération. L'équipe soignante vous informera du type d'anesthésie, des modalités et des accords passés avant et après l'anesthésie. La brochure d'information sur l'anesthésie vous fournit de plus amples informations sur l'anesthésie, le déroulement des événements avant, pendant et après l'intervention ainsi que les risques et effets secondaires possibles de l'anesthésie.



**Consultez la brochure d'information Anesthésie du
CH Glorieux Renaix en scannant le QR code.**



**Consultez la brochure d'information Anesthésie du
CH Sint-Elisabeth Zottegem en scannant le QR code.**

Informations pour le patient

Vous serez bientôt opéré à (indiquer) :

☐ CH Glorieux Renaix

Anesthésie : 055 23 60 76

Plus d'infos : www.azglorieux.be

Scannez le QR code et visualisez le dossier d'accueil numérique du CH Glorieux Renaix



☐ CH Sint-Elisabeth Zottegem

Anesthésie : 09 364 84 08

Plus d'infos : www.sezz.be

Scannez le QR code et visualisez le dossier d'accueil numérique du CH Sint-Elisabeth Zottegem



Afin que tout se passe le mieux possible, nous avons tout repris pour vous. Ainsi, vous pouvez vérifier par vous-même si tout le nécessaire a été fait.

Que devez-vous faire avant votre admission ?

- Veuillez lire attentivement au préalable toutes les brochures que vous avez reçues par voie numérique ou sur papier de votre médecin.
- Remplissez les formulaires de consentement
- Remplissez le questionnaire préopératoire. Vous n'y arrivez pas ? Demandez l'aide de votre médecin généraliste
- Remplissez votre calendrier de prise de médicaments à domicile
- Allez à votre rendez-vous préopératoire à l'hôpital ou faites réaliser les examens préopératoires nécessaires par votre médecin généraliste
- Informez votre médecin généraliste de votre opération
- Demandez à votre médecin généraliste d'adapter votre médication à la politique médicamenteuse préopératoire
- Avant votre admission, merci de contacter la compagnie d'assurance de votre assurance hospitalisation

Le jour de l'admission

Votre estomac doit être vide pour l'anesthésie. Vous devez donc être à jeun. Pendant l'anesthésie, le contenu de votre estomac peut s'écouler dans vos poumons, ce qui peut provoquer une inflammation des poumons. Que devez-vous faire ? Suivez le programme ci-dessous.

Vous connaissez l'heure de votre opération ou examen :

Jusqu'à minuit

Repas normal

Jusqu'à 6 heures avant votre opération ou examen

Un repas léger

Par exemple :

- Un sandwich
- Toast à la confiture
- Yaourt ...

Jusqu'à 2 heures avant votre opération ou examen	Eau, boisson pour sportifs, jus de pomme clair, thé clair, café noir, toutes les boissons non alcoolisées (plates et pétillantes, sans pulpe)
---	---

Règles pour les enfants :

Jusqu'à 2 heures avant l'intervention	L'eau potable est autorisée
--	-----------------------------

Jusqu'à 4 heures avant l'intervention	Allaitement
--	-------------

Jusqu'à 4 heures avant l'intervention	Aliments solides
--	------------------

Que devez-vous apporter ?

- ☐ Carte d'identité
- ☐ Carte ISI (uniquement pour les enfants qui n'ont pas de carte d'identité)
- ☐ Cette liasse d'information, complétée par vous-même et votre médecin généraliste
- ☐ Les médicaments que vous prenez chez vous, dans leur emballage d'origine (éventuellement avec une attestation du médecin conseil).
- ☐ Les résultats des examens préopératoires (laboratoire, radiographie, ECG) qui n'ont pas encore été fournis à l'hôpital
- ☐ Le cas échéant, documents de l'assurance (hospitalisation)
- ☐ Carte de groupe sanguin ou carte d'allergie (si disponible)
- ☐ Articles de toilette : gants de toilette, serviettes, savon, shampoing, brosse à dents, dentifrice, kit de rasage...
- ☐ Éventuellement des vêtements de nuit, des chaussures fermées et antidérapantes ou des chaussons et des bas anti-phlébites/bas de contention si vous en avez déjà
- ☐ Toutes les aides que vous utilisez déjà à la maison : lunettes ou lentilles de contact, prothèse auditive, béquilles, canne, déambulateur, etc.
- ☐ En cas d'admission d'un enfant : apporter sa tétine, ses jouets familiers ou ses peluches, ses couches et son biberon
- ☐ Lecture

Remarque : N'apportez pas de bijoux ou d'objets de valeur !

Consignes d'hygiène

- Lavez-vous soigneusement (de préférence sous la douche) la veille de l'intervention ou le matin du jour de l'intervention
- Une attention particulière doit être accordée aux aisselles, aux plis mammaires, à l'aîne, au nombril et aux fesses, ainsi qu'à l'espace entre les orteils. Rincez soigneusement votre corps afin qu'il ne reste aucun résidu de savon et séchez-vous avec une serviette propre. Portez des vêtements propres
- Lavez également vos cheveux avec un shampoing ordinaire
- Brossez-vous les dents
- Assurez-vous que les ongles de vos mains et de vos pieds sont courts et propres, sans vernis à ongles ni faux-ongles. N'appliquez ni maquillage, ni lotion pour le corps le matin de l'intervention
- Les bijoux tels que piercings, bagues, colliers, montres, bracelets, boucles d'oreilles, etc. ne peuvent pas être portés pendant l'opération. Vous devez également retirer vos lentilles de contact
- L'épilation est effectuée de préférence à l'hôpital avec une tondeuse médicale

Questionnaire Préopératoire - Anesthésie

Autocollant patient à apposer par le collaborateur

Veuillez répondre correctement aux questions ci-dessous afin que l'anesthésiste puisse évaluer au mieux votre état de santé.

- Taille : _____
- Groupe sanguin : _____
- Poids : _____
- Médecin généraliste : _____
- Intervention planifiée : _____
- L'opération est-elle réalisée du côté gauche ou droit (le cas échéant, p.e. prothèse de la hanche gauche) :

- Date de l'intervention : _____
- Chirurgien : _____

QUELS SONT VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (MALADIES ANTÉRIEURES, OPÉRATIONS, ETC.) ?

Décrivez précisément : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS ALORS PRÉSENTÉ UNE RÉACTION INHABITUELLE À L'ANESTHÉSIE LOCALE OU GÉNÉRALE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail : _____

AVEZ-VOUS EU DES NAUSÉES OU DES VOMISSEMENTS APRÈS UNE PRÉCÉDENTE ANESTHÉSIE ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS, OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE, DÉJÀ EU DES PROBLÈMES IMPORTANTS AVEC UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail : _____

ÊTES-VOUS ALLERGIQUE À CERTAINS MÉDICAMENTS, DÉSINFECTANTS, AUTRES... COMME LA PÉNICILLINE, L'ASPIRINE, L'IODE, LE LATEX...

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE TRANSFUSION SANGUINE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS EU UNE RÉACTION ALLERGIQUE ?

☐ Oui ☐ Non

SOUFFREZ-VOUS D'ANÉMIE OU DE CARENCE EN FER ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire le traitement en détail :

CONTINUEZ-VOUS À SAIGNER LONGTEMPS APRÈS UNE BLESSURE OU UNE EXTRACTION DENTAIRE ?

☐ Oui ☐ Non

EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE A DES PROBLÈMES DE SAIGNEMENTS PROLONGÉS ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est votre relation et décrivez le problème en détail :

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES CARDIAQUES ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES PULMONAIRES ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

ÊTES-VOUS RAPIDEMENT ESSOUFFLÉ OU RESSENTEZ-VOUS DES TENSIONS PENDANT L'EFFORT ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

SOUFFREZ-VOUS D'HYPERTENSION OU D'HYPOTENSION ARTÉRIELLE ?

☐ Oui ☐ Non

ÊTES-VOUS MALENTENDANT(E) ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS DES TROUBLES VASCULAIRES ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS LES JAMBES OU LES PIEDS ENFLÉS ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS DES VARICES ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS RÉGULIÈREMENT DES DOULEURS À L'ESTOMAC OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES SAIGNEMENTS D'ESTOMAC ?

☐ Oui ☐ Non

SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT D'UN RHUME, D'UNE BRONCHITE OU D'UNE GRIPPE ?

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

BUVEZ-VOUS PLUS DE 2 VERRES D'ALCOOL PAR JOUR ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

ÊTES-VOUS FUMEUR (CIGARETTES, VAPOTAGE, CIGARE, PIPE) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en quelle quantité et depuis combien de temps :

EST-CE QUE VOUS AVEZ DES PROTHÈSES DENTAIRES ?

☐ Oui ☐ Non

EST-CE QUE VOUS AVEZ UN APPAREIL AUDITIF ?

☐ Oui ☐ Non

EST-CE QUE VOUS PORTEZ DES LENTILLES DE CONTACT ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS UNE MALADIE CONTAGIEUSE (HÉPATITE, SIDA, ETC.) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

ACCEPTEZ-VOUS QUE L'ON EFFECTUE DES TESTS SANGUINS POUR DÉPISTER LES MALADIES INFECTIEUSES TELLES QUE L'HÉPATITE OU LE SIDA ?

☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS UN STIMULATEUR CARDIAQUE, UN DÉFIBRILLATEUR IMPLANTÉ, UN NEUROSTIMULATEUR OU UNE POMPE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

Prévenez votre médecin traitant.

ÊTES-VOUS TRAITÉ POUR LE DIABÈTE (RÉGIME, COMPRIMÉS OU INJECTIONS...) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE JAUNISSE ?

☐ Oui ☐ Non

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE DU FOIE OU DES REINS ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE THROMBOSE CÉRÉBRALE OU UN « ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL » ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

ÊTES-VOUS TRAITÉ POUR UN TROUBLE NERVEUX ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

ÊTES-VOUS EXTRÊMEMENT ANXIEUX OU NERVEUX ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

PRENEZ-VOUS RÉGULIÈREMENT DES SOMNIFÈRES OU DES TRANQUILLISANTS ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS UTILISÉ DE LA CORTISONE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE OCULAIRE SPÉCIFIQUE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT D'UNE PHLÉBITE OU D'UNE EMBOLIE PULMONAIRE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE THYROÏDE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES MAUX DE DOS SÉVÈRES OU PERSISTANTS ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS SOUVENT DE VIOLENTS MAUX DE TÊTE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

VOUS ÉVANOUISSEZ-VOUS PARFOIS ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES SYMPTÔMES D'ÉPILEPSIE ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez décrire en détail :

POUR LES FEMMES UNIQUEMENT : ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT ENCEINTE OU Y A-T-IL UNE CHANCE QUE VOUS PUISSIEZ L'ÊTRE ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez des commentaires ou quoi que ce soit à ajouter, veuillez les noter ci-dessous :

Avez-vous rempli ce formulaire vous-même ou a-t-il été rempli par un parent, un proche ou une connaissance ?

Formulaire de consentement

Autocollant patient à apposer par le collaborateur

Consentement à l'intervention chirurgicale

Je, soussigné, _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ autorise par la présente la réalisation de l'intervention chirurgicale suivante _____ sur :

- ☐ Moi-même
- ☐ Mon enfant mineur, ayant pour nom _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____
- ☐ _____

J'ai été informé par _____ dans un langage clair concernant :

- la nature de mon problème de santé ;
- le but, la nécessité et le degré d'urgence du traitement proposé ;
- qui effectuera l'intervention ou l'examen ;
- les avantages, les inconvénients et les autres méthodes de traitement possibles ;
- ce qui peut se passer si je ne subis pas cette intervention/cet examen ;
- les chances de succès et les risques d'échec ou de complications ;
- les soins de suivi et combien de temps ils dureront ;
- mon droit de refuser l'intervention.

À titre d'information complémentaire, j'ai reçu la brochure _____

- J'ai eu amplement l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je reconnais disposer de toutes les informations que je considère souhaitables pour prendre une décision librement réfléchie.
- Je suis disposé à suivre toutes les instructions du médecin traitant pour garantir que l'examen/l'intervention et la convalescence se déroulent le plus favorablement possible. Je me rends compte que malgré les plus grandes précautions et les efforts des médecins traitants, de l'équipe infirmière et de moi-même, aucune garantie absolue de succès ne peut être donnée.
- En cas de nécessité médicale urgente, j'autorise la réalisation d'actes médicaux autres que l'examen/l'intervention prévu(e).

- ☐ J'ai choisi de ne pas recevoir de version papier des brochures d'information dans le dossier d'accueil et de les lire par voie numérique en utilisant les codes QR joints en page 5.
- ☐ Je, soussigné, autorise par la présente le stockage de mes données cliniques et physiologiques et l'utilisation anonymisée de ces données dans le cadre de la recherche scientifique.

Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

Date : ____ / ____ / _____

Heure : _____

Signature :

Consentement à l'anesthésie

Je, soussigné,, _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ autorise par la présente la réalisation de l'anesthésie suivante :

- ☐ Anesthésie générale
- ☐ Anesthésie épidurale / péridurale
- ☐ Rachianesthésie / anesthésie spinale
- ☐ Anesthésie du plexus brachial
- ☐ Bloc du nerf fémoral/poplité
- ☐ Anesthésie locale intraveineuse
- ☐ _____

sur :

- ☐ Moi-même
- ☐ Mon enfant mineur, ayant pour nom _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____
- ☐ _____

J'ai été informé par _____ dans langue compréhensible :

J'ai reçu, lu et compris la brochure d'information sur l'anesthésie contenant des informations sur l'intervention, le rôle de l'anesthésiste, les examens préparatoires, les types d'anesthésie, le déroulement de l'intervention, la salle de réveil et les effets secondaires possibles de l'anesthésie. (Cette brochure est disponible sur le site www.azglorieux.be ou www.sezz.be et peut également être lue au format numérique au moyen des QR codes en page 4.)

- Je suis conscient qu'une consultation personnelle avec l'anesthésiste pour obtenir des informations complémentaires est possible. Si je le souhaite, je peux introduire une demande à ce sujet par e-mail : anesthesie@azglorieux.be ou info@sezz.be.
- L'anesthésiste me contactera ensuite pour répondre à mes questions et éventuellement prendre rendez-vous.
- J'ai été suffisamment informé concernant l'anesthésie et j'autorise l'anesthésie nécessaire.
- J'ai soigneusement rempli le questionnaire préopératoire et compris toutes les questions.
- J'ai effectué les examens préopératoires nécessaires.
- Je m'engage à respecter strictement toutes les directives préopératoires et postopératoires.
- J'autorise la transfusion sanguine si c'est nécessaire d'un point de vue médical.
- J'ai été suffisamment informé quant à la nécessité d'une transfusion, les avantages et les inconvénients, les risques qui y sont associés et les alternatives à une transfusion.
- En cas de nécessité médicale, j'autorise la réalisation d'actes médicaux autres que la forme d'anesthésie prévue.
- Je suis conscient que je ne peux pas conduire de voiture, de scooter ou de vélo, ni utiliser de machines pendant les 24 premières heures suivant l'intervention.

- ☐ J'ai choisi de ne pas recevoir de version papier des brochures d'information dans le dossier d'accueil et de les lire par voie numérique en utilisant les codes QR joints en page 5.

Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

Date : ____ / ____ / _____

Heure : _____

Signature :

Liste des médicaments

Autocollant patient à apposer par le collaborateur

Utilisez la liste de médicaments ci-dessous pour noter les médicaments que vous prenez à la maison. Vous pouvez le faire avec votre médecin généraliste ou votre infirmière à domicile.

Pensez également aux médicaments suivants : inhalateurs, analgésiques, somnifères, préparations hormonales, pommades, gouttes pour les yeux, injections et médicaments que vous n'avez pas besoin de prendre quotidiennement. Pensez également aux vitamines, aux compléments alimentaires et aux remèdes homéopathiques.

NOM DU MÉDICAMENT (en entier !) + DOSE (par ex. 1 mg, 5 mg/ml...) + FORME (par exemple comprimé, sirop, etc.) Voir l'emballage	QUAND prenez-vous ce médicament + QUANTITÉ				REMARQUES par exemple à jeun, tous les 2 jours, si nécessaire, 1x/mois...
	matin	après-midi	soir	avant de dormir	
Exemple 1 : Comprimé de Loramet 1 mg	/	/	/	0,5	
Exemple 2 : Comprimé d'alendronate EG 70 mg	1	/	/	/	À jeun, tous les mercredis

Allergie/effets secondaires de certains médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel médicament ? _____

Quelle réaction ? _____

Complété par : _____

avec un membre de la famille / médecin généraliste / infirmière à domicile / pharmacien (le cas échéant : biffer la (les) mention(s) inutile(s))

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Directives pour la prise préopératoire de médicaments à domicile

Tous les médicaments peuvent continuer à être pris le jour de l'intervention **sauf** :

- Anticoagulants et antiagrégants : voir schéma
- Sartans, inhibiteurs de l'ECA et diurétiques (et préparations combinées contenant 1 ou plusieurs de ces médicaments).
- Insulines : seules les préparations à action prolongée sont autorisées le jour de l'intervention.
- Antidiabétiques oraux, mimétiques de l'incrétine
- Arrêtez les plantes médicinales 1 semaine avant l'opération : ginkgo biloba, ginseng, millepertuis, valériane.
- La tamsulosine ne doit être arrêtée qu'en cas d'opération de la cataracte.
- Inhibiteurs MAO : phénelzine à arrêter 14 jours avant l'opération, moclobémide 24 heures avant l'opération (exception : IMOA comme médicament antiparkinsonien : à administrer le jour de l'intervention).

Examen préopératoire

Autocollant patient à apposer par le collaborateur

Date examen préopératoire : ____ / ____ / ____

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Chirurgien : _____

Intervention : _____

ALLERGIE :

MÉDICAMENT :

consignes
Anticoagulant
(voir tableau)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Anesthésies antérieures : ☐ Non ☐ Normal ☐ Problèmes : _____

Maladies : _____

Classe ASA : _____

Opérations : _____

ANAMNÈSE FAMILIALE

Coagulation du sang : ☐ normal / problèmes : _____

Anesthésie : ☐ normal / problèmes : _____

Pression artérielle : _____

Fréquence cardiaque : _____ Rythme : _____

Poids : _____ Taille : _____

TOXICOMANIE

Fumeur : _____ Alcool : _____

EXAMEN CLINIQUE

Cœur : ☐ normal / anormal : _____

Thorax/poumons : ☐ normal / anormal : _____

Dents/bouche : ☐ normal / anormal : _____

Neuromusculaire : ☐ normal / anormal : _____

Autre : _____

EXAMENS TECHNIQUES

Laboratoire : ☐ normal / anormal : _____

ECG : ☐ normal / anormal : _____

Rx Thorax : ☐ normal / anormal : _____

Autre : _____

Signature et cachet :

Consignes pour l'examen préopératoire

L'objectif principal de tout examen préopératoire est d'assurer la sécurité du patient pendant et après l'intervention. Après analyse des résultats de l'examen préopératoire, une décision peut être prise de modifier la politique anesthésiologique ou la réalisation de l'intervention chirurgicale, si nécessaire.

Anamnèse et examen clinique

L'anamnèse et l'examen clinique constituent les pierres angulaires du bilan préopératoire. Le rôle du médecin généraliste dans l'évaluation préopératoire est évident : il connaît toutes les données médicales du patient et est donc le mieux à même d'évaluer son état fonctionnel.

Examens diagnostiques complémentaires

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a élaboré une directive sur l'utilisation des tests préopératoires chez les adultes avant une intervention chirurgicale planifiée. Pour faciliter l'utilisation de cette directive, le KCE a également développé une application Web utilisable sur les systèmes les plus courants (iOS, Android et Windows). L'application peut être téléchargée sur l'App Store (iOS), Google Play (Android) ou sur le site Web du KCE (preop.kce.be). L'infographie du KCE a été ajoutée à ces directives. Vous y trouverez un aperçu des recommandations.

Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, le patient peut être catégorisé dans une classe ASA.

EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES À EFFECTUER EN ROUTINE

avant une chirurgie (non cardio-thoracique) planifiée

NE SONT PAS RECOMMANDÉS :

- ÉCHOCARDIOGRAPHIE DE REPOS
- POLYSOMNOGRAPHIE
- HÉMOGLOBINE GLYQUÉE
- ÉPREUVE D'EFFORT CARDIO-RESPIRATOIRE
- ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES
- TESTS DE LA FONCTION HÉPATIQUE
- RX-THORAX
- ANGIOSCANNER CORONAIRE

		PROPOSEZ	ENVISAGEZ		
CLASSE ASA	CHIRURGIE MINEURE	CHIRURGIE INTERMÉDIAIRE	CHIRURGIE MAJEURE OU COMPLEXE		
1 PATIENT EN BONNE SANTÉ	p.ex. : • drainage d'abcès du sein • excision de lésion cutanée	p.ex. : • cure de hernie inguinale • ablation de varices	p.ex. : • résection colique • arthroplastie totale		
	AUCUN EXAMEN EN ROUTINE TESTS D'HÉMO- STASE ^{ooo}	ECG DE REPOS ^{***} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ¹ FONCTION RÉNALE ²	ECG DE REPOS ^{***} ANALYSE D'URINE ^{ooo} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	
2 ANOMALIE SYSTÉMIQUE MODÉRÉE	ECG DE REPOS [*] FONCTION RÉNALE ^{*** 2} TESTS D'HÉMO- STASE ^{ooo}	ECG DE REPOS ^{***} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} FONCTION RÉNALE ^{*** 2} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ¹ FONCTION RÉNALE ² ECG DE REPOS [*]	ECG DE REPOS ^{***} ANALYSE D'URINE ^{ooo} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	
3 ANOMALIE SYSTÉMIQUE SÉVÈRE	ECG DE REPOS [*] FONCTION RÉNALE ^{*** 2} TESTS D'HÉMO- STASE ^{ooo}	ECG DE REPOS ^{***} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ^{**1} TESTS D'HÉMOSTASE ^o	FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ¹ FONCTION RÉNALE ² ECG DE REPOS [*]	ECG DE REPOS ^{***} ANALYSE D'URINE ^{ooo} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	
4 ANOMALIE SYSTÉMIQUE SÉVÈRE REPRÉSENTANT UNE MENACE VITALE	ECG DE REPOS [*] FONCTION RÉNALE ^{*** 2} TESTS D'HÉMO- STASE ^{ooo}	ECG DE REPOS ^{***} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ^{**1} TESTS D'HÉMOSTASE ^o	FORMULE SANGUINE COMPLÈTE ¹ FONCTION RÉNALE ² ECG DE REPOS [*]	ECG DE REPOS ^{***} ANALYSE D'URINE ^{ooo} IMAGERIE CARDIAQUE DE STRESS NON-INVASIVE ^{oo} TESTS D'HÉMOSTASE ^{oooo}	

* en présence de facteurs de risque selon l'index cardiaque
 ** en présence d'affection cardiaque ou rénale, si les symptômes n'ont pas fait l'objet d'investigations récentes
 *** en cas de suspicion d'altération de la fonction rénale
 **** si âge > 65 ans

^o en présence d'une affection hépatique chronique ou en cas d'antécédents de saignement anormal (spontané ou après traumatisme ou chirurgie)
^{oo} en présence de facteurs de risque selon l'index cardiaque et de capacité fonctionnelle réduite
^{ooo} en cas de chirurgie urologique ou prothétique
^{oooo} en cas d'antécédents de saignement anormal (spontané ou après traumatisme ou chirurgie)
 1 Globules rouges (hémoglobine, hématoctrite et comptage), globules blancs (comptage et formule) et plaquettes.
 2 Créatinine, DFG, sodium et potassium.

Téléchargez gratuitement l'application web via App store (iOS), Google play (Android) ou <http://preop.kce.be>



Federal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
 Belgian Health Care Knowledge Centre



Exemples de chirurgie mineure/majeure

Opération mineure	Opération intermédiaire	Opération majeure
Par ex. • Ablation des lésions cutanées • Ablation de la glande de Bartholin • Drainage d'un abcès du sein • Opération du canal carpien • Correction de la cloison nasale • Circoncision du prépuce • Traitement de l'hydrocèle • Chirurgie de la cataracte	Par ex. • Réparation primaire d'une hernie inguinale • Ablation des varices du membre inférieur • Tonsillectomie ou adéno(tonsill)ectomie • Arthroscopie du genou • Sous-maxillectomie • Conisation • Réparation du tympan • Césarienne • Ablation laparoscopique de la vésicule biliaire	Par ex. • Hystérectomie abdominale complète • Résection mammaire • Ablation endoscopique de la prostate • Dissectomie lombaire • Thyroïdectomie • Mise en place d'une prothèse articulaire • Résection du côlon • Dissection radicale du cou • Résection rénale • Neurochirurgie

L'« indice de risque cardiaque révisé »

Facteurs de risque cardiaque basés sur l'« indice de risque cardiaque révisé » amélioré

- Âge > 70 ans
- Maladie cardiaque ischémique (sans revascularisation antérieure)
- Insuffisance cardiaque congestive
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire
- Administration préopératoire d'insuline

- En présence de 1 ou 2 facteurs de risque, l'administration de bêta-bloquants est envisagée (sauf en cas de contre-indications).
- En présence de plus de 2 facteurs de risque cardiaque, une décision est prise en fonction du patient :
 - ou donner des bêtabloquants
 - ou reporter l'opération
 - ou se référer à un cardiologue avant un test d'effort et/ou d'autres investigations

Les patients appartenant à la classe **ASA 4** doivent toujours être examinés et optimisés par un spécialiste en préopératoire.

Les patients appartenant aux classes ASA 3 avec plus de 2 facteurs de risque cardiaque et ASA 4 ne sont PAS candidats aux interventions en hôpital de jour !

Directives préopératoires pour les anticoagulants et antiagrégant

Récemment, un outil pratique a été développé en interne au sein du réseau E17 en collaboration avec des anesthésistes et des cardiologues. Consultez le site Web www.e17bridginglinkbloedverduunners.be

En cas d'incertitude, veuillez consulter le médecin traitant et le chirurgien.

Acide acétylsalicylique (AAS) et/ou dipyridamole

	Consigne
Asaflow[®] Cardioaspirine[®] Dipyridamole[®] Persantine[®] Aggrenox[®]	01. L'ASA n'est plus administré en prévention PRIMAIRE et doit donc TOUJOURS être arrêté (7 jours avant l'opération).
	02. ASA à continuer en prévention SECONDAIRE, sauf en cas de risque hémorragique élevé et/ou d'hémostase difficile : • Chirurgie intracrânienne • Chirurgie du dos • Chirurgie du segment postérieur de l'œil • Résection transurétrale de la prostate/vessie Dans ces cas, arrêter 7 jours avant l'opération
	03. Redémarrer Aspirine [®] 24 heures après l'opération si une bonne hémostase a été obtenue. Pas de substitution par de l'héparine à bas poids moléculaire (HBPM).

PSY12 - Antagoniste de l'ADP

	Consigne
Monothérapie : principalement Clopidogrel (plavix[®]) Ticlopidine (Ticlid[®])	Remplacer par de l'AAS et suivre les directives relatives à l'AAS (voir ci-dessus). En cas d'allergie à l'AAS : • Soupeser le risque d'une chirurgie sous monothérapie par rapport à un arrêt de 7 jours • Consultez toujours un chirurgien-interniste
Thérapie combinée : Aspirine[®] + P2Y12 – antagoniste de l'ADP	Combien de temps faut-il attendre et durée du délai pour une chirurgie ÉLECTIVE ? • 1 mois après stent métallique nu (SMN) en cas de coronaropathie stable • 6 mois après l'implantation d'un stent à élution de médicament (minimum absolu 3 mois) • Un an après le syndrome coronarien aigu (SCA) « à haut risque » • Intervention chirurgicale précoce à partir de 3 mois après SCA en fonction de l'urgence de la procédure, du risque hémorragique et du risque chirurgical Arrêtez P2Y12 antagoniste de l'ADP 7 jours avant l'intervention . Arrêtez l'AAS uniquement en cas d'interventions listées sous AAS (point 2 des lignes directrices de l'AAS). Pas de substitution par HBPM. Reprendre l'antagoniste des récepteurs P2Y12 24 heures après l'opération si une hémostase satisfaisante a été obtenue.

Antivitamines K (AVK)

	Consigne
Fenprocoumon (Marcoumar®) Warfarine (Marevan®) Acenocoumarol (Sintrom®)	Faible risque de saignement (*) Chirurgie sous INR thérapeutique 2-3 Déterminer l'INR sur 2 jours avant l'intervention Risque d'hémorragie modéré ou élevé (*) Arrêter les AVK 5 à 7 jours avant l'intervention (***) L'INR doit être < 1,5 Faible risque de thrombose (**) Haut risque de thrombose (**) Pas de relais LMGH Déterminer l'INR 2 jours avant l'intervention Valeur cible de l'intervention chirurgicale INR < 1,5 Si nécessaire, ajuster avec Konakion® Débuter le relais avec l'HBPM à dose thérapeutique 2 jours après la dernière administration d'AVK Si patient stabilisé ou en cas d'INR inférieur à 2 (****) 2 jours avant l'intervention : déterminer l'INR et ajuster éventuellement avec Konakion® Dernière administration 24h avant l'intervention

Consigne		
Procédure en cas de risque d'hémorragie (*)		
Risque d'hémorragie faible	Risque d'hémorragie modéré	Risque d'hémorragie élevé
- Interventions dentaires et dermatologiques mineures - Chirurgie de la cataracte - Gastroscopie/bronchoscopie diagnostique - Sans biopsie ni ponction	- Biopsie/ponction pendant endoscopie, prostate/vessie/sein/ - thyroïde et ganglions axillaires - Ponction d'ascite, ponction pleurale et insertion d'un drain thoracique - ATP, angiographie, cathéter veineux profond et procédures phlébologiques - Implantation d'un stimulateur cardiaque / DCI - Angiographie coronaire et examen électrophysiologique - Arthroscopie	- Chirurgie cardio-thoracique Chirurgie intracrânienne et rachidienne Anesthésie neuraxiale et ponction lombaire/cathéter - Chirurgie vasculaire - Arthroplastie de la hanche et du genou, réparation du ligament croisé - Chirurgie plastique reconstructrice et chirurgie mammaire - Toutes les chirurgies abdominales et vaginales - Chirurgie de la prostate et de la vessie - Résection de polypes du côlon et sphinctérotomie endoscopique - Biopsie pulmonaire, rénale et hépatique

Consigne

- **Risque de thrombose (**)**

Risque d'hémorragie faible	Risque d'hémorragie modéré	Score CHA2DS2-VASC	
• FA avec CHA2DS2-vasc < 4	• FA avec CHA2DS2-vasc ≥ 4 ou post AIT/AVC • Opération de la valve cardiaque dans le passé avec une valve artificielle mécanique • Chirurgie valvulaire avec valves biologiques artificielles et plastie valvulaire • < 3 mois • TVP ou embolie pulmonaire (EP) < 3 mois	Risque	Score
		Insuffisance cardiaque congestive (FEVG < 40 %)	1
		Hypertension	1
		Âge > 75 ans diabète	2
		Diabète	1
		AVC/AIT/thromboembolie	2
		Maladie vasculaire	1
		Âge 65-75	1
		Femme	1

- **Arrêter les AVK (***)**

- Fenprocoumon (Marcoumar®): 7 jours avant l'intervention
- Warfarine (Marevan®): 5 jours avant l'intervention
- Acenocoumarol (Sintrom®): 4 jours avant l'intervention

- **Relais HBPM (****)**

Utiliser une dose thérapeutique (en particulier avec des valves prothétiques mécaniques et une TVP/EP dans les 3 premiers mois)

01. La dose thérapeutique dépend du poids corporel et de la fonction rénale (réduction de la dose de 50 % pour un DFG < 30 ml/min)
02. En cas de risque accru de saignement et de faible risque de thrombose : utiliser une dose prophylactique (par exemple chez les patients atteints de FA avec un faible score CHA2DS2-VASC)
03. Dernière administration 1 jour avant l'intervention : Le matin

Nom de la substance	Thérapeutique	Préventif
Nadroparine (Fraxiparine ®)	0,01 ml/kg 2/jour	0,4 ml 1/jour
Nadroparine (Fraxodi ®)	0,01 ml/kg 1/jour	
Enoxaparine (Clexane ®)	1 mg/kg 2 fois par jour ou 1,5 mg/kg 1 fois par jour	40 mg 1/jour
Tinzaparine (Innohep ®)	175 UI anti-Xa/kg 1/j	50 UI anti-Xa/kg 1/j

Coagulants oraux directs (AOD)

	Consigne		
Rivaroxaban (Xarelto®) Dabigatran (Pradaxa®) Apixaban (Eliquis®) Edoxaban (Lixiana®)	Pour une intervention élective sous Dabigatran (Pradaxa®)		
	Fonction rénale DFG (ml/min)	Risque d'hémorragie faible	Risque d'hémorragie élevé
		Procédure et/ou patient	Procédure et/ou patient
	> 50	1 jour avant l'intervention	2 jours avant l'intervention
	30 – 50	2 jours avant l'intervention	3 jours avant l'intervention
	< 30	3 jours avant l'intervention	4 jours avant l'intervention
	PAS de relais avec des HBPM		
	Pour une procédure élective sous Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) Edoxaban (Lixiana®)		
	Fonction rénale DFG (ml/min)	Risque d'hémorragie faible	Risque d'hémorragie élevé
		Procédure et/ou patient	Procédure et/ou patient
	> 30	1 jour avant l'intervention	2 jours avant l'intervention
	< 30	2 jours avant l'intervention	3 jours avant l'intervention
	PAS de relais avec des HBPM		

Notes

[illegible]

Notes

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

Contacts utiles

Si vous souhaitez plus d'informations ou si vous avez des questions concernant votre admission, veuillez nous contacter en utilisant les coordonnées ci-dessous.

Consultation préopératoire CH Glorieux Renaix

consultation.préopératoire@azglorieux.be

055 23 60 76

Guichet de pré-admission CH Sint-Elisabeth Zottegem

preopnamebalie@sezz.be

09 364 84 08

Si ce formulaire contient des erreurs ou des omissions, les collaborateurs et les médecins du CH Glorieux Renaix et du CH Sint-Elisabeth n'en sont pas responsables.



asbl Werken Glorieux, CH Glorieux | Glorieuxlaan 55, 9600 Renaix
T055.23.30.11 | info@azglorieux.be | www.chglorieux.be
0424.380.938 | RPM Gand, dép. Audenarde