

# Contact

Pour des informations en lien avec votre intervention, ou si vous décidez de la reporter ou de l'annuler, contactez le secrétariat adéquat :

- \_ Anesthésie : 04 321 61 86
- \_ Chirurgie cardio-vasculaire : 04 321 73 07
- \_ Chirurgie digestive : 04 321 62 83
- \_ Chirurgie gynécologique : 04 321 65 49
- \_ Chirurgie de la main : 04 321 86 21
- \_ Chirurgie maxillo-faciale : 04 321 83 56
- \_ Chirurgie ophtalmologique : 04 321 61 62
- \_ Chirurgie ORL : 04 321 79 52
- \_ Chirurgie orthopédique : 04 321 86 22
- \_ Chirurgie plastique : 04 321 66 40
- \_ Chirurgie urologique : 04 321 86 04
- \_ Endoscopie bronchique : 04 321 63 00
- \_ Neurochirurgie : 04 321 70 96 - 04 321 70 95

Pour toute question d'ordre social ou de difficultés linguistiques, contactez le service social de la Citadelle au 04 321 61 92.

Pour les questions administratives, contactez le service des admissions au 04 321 52 52.

Pour toute autre demande, contactez la centrale téléphonique au 04 321 61 11.



**Citadelle**  
Boulevard du 12<sup>e</sup> de Ligne, 1 - 4000 Liège  
04 321 61 11

**Herstal**  
Rue du Grand Puits, 47 - 4040 Herstal  
04 321 59 05

**Laveu**  
Rue des Wallons, 72 - 4000 Liège  
04 321 72 11

**La Chapelle**  
Rue Lambert Lombard, 5 - 4000 Liège  
04 321 75 25

**Visé**  
Rue des Francs Arquebusiers, 35 - 4600 Visé  
04 321 79 65

www.citadelle.be



## Votre passeport préopératoire



Emportez ce passeport à tous les rendez-vous de votre enfant ainsi que le jour de l'intervention

### Vos rendez-vous

Le ..... / ..... / ..... à ..... chez ..... route .....  Citadelle  Herstal  Laveu

Le ..... / ..... / ..... à ..... chez ..... route .....  Citadelle  Herstal  Laveu

Le ..... / ..... / ..... à ..... chez ..... route .....  Citadelle  Herstal  Laveu



Date de l'intervention : ..... / ..... / .....  Citadelle  Laveu

Date de la seconde intervention (si nécessaire) : ..... / ..... / .....  Citadelle  Laveu

La salle d'hospitalisation et la route à suivre seront indiquées sur les étiquettes que vous obtiendrez à la borne, dès votre entrée à l'hôpital.



Etiquette du patient

**Représentant légal :**

Mère : .....  
GSM : .....  
Père : .....  
GSM : .....  
Autre : .....  
GSM : .....

Nom du chirurgien : .....

Intitulé de l'intervention : .....  
.....

Type d'anesthésie :  AL  AG  Plexus  Autre

Côté à opérer :  Gauche  Droite  NA

**Note du chirurgien**

Secrétariat de chirurgie : 04 321 /

Commentaire :

.....  
.....

Nous vous souhaitons d'ores et déjà un agréable séjour dans notre institution  
et un prompt rétablissement.



## Table des matières

### Documents à lire :

1. La préparation du séjour ..... p. 02
2. Les informations et consentements éclairés ..... p. 02
3. La consultation d'anesthésie ..... p. 03
4. La semaine avant l'intervention ..... p. 04
5. Le jour avant l'intervention ..... p. 04  
La douche préopératoire ..... p. 05-06
6. Le jour de l'intervention ..... p. 07
7. Après l'intervention ..... p. 08  
Soulager votre douleur ..... p. 09

### Documents à remplir et à signer :

- Consentement éclairé écrit : **chirurgie** ..... p. 10-11
- Consentement éclairé écrit : **anesthésie** ..... p. 12-13
- Le questionnaire d'anesthésie ..... p. 14-17



# 1. La préparation du séjour



## La préadmission ([www.citadelle.be](http://www.citadelle.be) > Hospitalisation)



Lorsque la nécessité d'une hospitalisation vous est communiquée pour votre enfant, il est indispensable de faire sa préadmission aux guichets d'hospitalisation. Vous pouvez la réaliser en ligne, en suivant le QR-Code ci-dessus, ou à l'un de nos guichets. Ces guichets sont ouverts de :

- \_ 7h45 à 17h, sur le site de la Citadelle.
- \_ 7h30 à 17h, sur le site du Laveu.

Votre enfant et vous devez venir à ces guichets munis de :

- \_ Sa carte d'identité.
- \_ Sa carte d'assurance hospitalisation s'il en possède une (Assurcard, DKV, par exemple).
- \_ Une carte bancaire pour payer l'acompte si nécessaire.
- \_ Son passeport préopératoire.
- \_ S'il dépend d'un organisme émetteur (CPAS, Fedasil, Croix-Rouge, CE, etc.), vous pouvez prendre le réquisitoire de prise en charge.

Lors de cette préadmission, vous devez choisir le type de chambre (1 ou 2 lits) et signer la déclaration d'admission.

Vous pouvez également procéder aux formalités d'assurance hospitalisation.



# 2. Les informations et consentements éclairés



## Informations sur le traitement de vos données personnelles



Le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, situé Boulevard du 12e de Ligne 1 à 4000 Liège, traitera les données personnelles de votre enfant dans le cadre de la gestion de l'opération que vous allez subir.

Vous trouverez une information détaillée sur tous les traitements de données personnelles par la Citadelle sur son site internet : <https://www.citadelle.be/Footer/Protection-des-donnees.aspx>



## Informations relatives aux deux consentements écrits (pages 10 à 13)

Le **consentement** est l'autorisation donnée par un patient ou son représentant légal pour que soit réalisée une intervention spécifique. Vous trouverez le **consentement relatif à l'intervention de votre enfant aux pages 10 et 11** et le **consentement relatif à l'anesthésie à la pages 12 et 13**.

En le signant, vous confirmez que le médecin vous a fourni des informations claires, complètes et adaptées.



## 3. La consultation d'anesthésie

01

Pour la plupart des actes chirurgicaux non urgents, vous devez prendre un rendez-vous en consultation d'anesthésie, plusieurs jours avant l'intervention. Au cours de cette consultation, vous rencontrerez un médecin anesthésiste-réanimateur à qui vous pourrez poser toutes les questions relatives à l'anesthésie. En ce qui concerne les questions portant sur l'intervention de votre enfant, celles-ci seront préférablement posées au chirurgien chargé de son dossier.

Cette consultation a pour objectif de permettre à l'anesthésiste d'évaluer la nécessité d'effectuer des examens complémentaires (prise de sang, ECG, etc.) ainsi que d'adapter parfaitement l'anesthésie au profil de votre enfant. D'autre part, elle vous permet de poser des questions concernant sa prise en charge (type d'anesthésie, gestion de la douleur, etc.) afin de vous rassurer parfaitement avant votre intervention.

02

Pour nous aider à évaluer l'état de santé de votre enfant, **complétez le questionnaire (page 14)** en vue de le parcourir avec votre anesthésiste lors de la consultation.

Si vous le souhaitez, faites-vous aider de votre médecin traitant ou du pédiatre ou d'un proche pour le compléter. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

03

Après la consultation, il vous sera demandé de **signer le consentement écrit pour l'anesthésie (page 12 et 13)**.

Ce document sera scanné et conservé dans votre dossier médical.

04

L'anesthésiste qui prendra en charge votre enfant lors de l'opération peut être différent de celui rencontré lors de la consultation.

Nous sommes une équipe : le médecin qui l'endormira aura en sa possession le dossier qui aura été rédigé lors de la consultation.





## 4. La semaine avant l'intervention

Si votre enfant présente de la fièvre ou des douleurs, donnez-lui préférentiellement du Paracétamol (Dafalgan®, Algostase®, Panadol®). Évitez l'aspirine ou les anti-inflammatoires (Nurofen®, Diclofenac®) sauf instruction reçue lors de la consultation d'anesthésie.

S'il présente une modification de son état de santé (fièvre, toux, syndrome grippal), nous vous conseillons de contacter votre médecin généraliste ou votre pédiatre qui évaluera la situation.



**Assurez-vous d'avoir complété toutes les étapes suivantes :**

- Préadmission réalisée (explications page 2).**
- Consultation avec l'anesthésiste effectuée (prise de rdv 04 321 61 86).**
- Consentements signés (pages 10 à 13).**
- Questionnaire d'anesthésie rempli (pages 14 à 17).**



## 5. Le jour avant l'intervention

La veille (jour ouvrable) de l'intervention, après 15h00, vous recevrez un sms ou un appel téléphonique de la part du Centre de Coordination des Séjours concernant les dernières informations liées à l'hospitalisation, y compris votre heure d'entrée,





## La douche préopératoire

**Avant l'intervention, vous devez prendre 2 douches :**

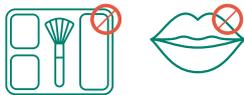
- 1) La **veille au soir** de l'intervention.
- 2) Le **matin-même** de l'intervention.

### Au préalable

- \_ Enlevez les bijoux, piercings, vernis et faux ongles.



- \_ Démaquillez-vous.



- \_ Brossez-vous les dents (ôtez les prothèses dentaires).
- \_ Coupez-vous les ongles des mains et des pieds sans vous blesser.
- \_ Ne pas raser l'endroit de l'intervention -> si une tonte est nécessaire, elle sera réalisée par l'équipe soignante.



### PENDANT la douche 1 et 2

- \_ Prenez une **douche**, à défaut lavez-vous à l'évier.



- \_ Utilisez un **savon doux liquide** (gel douche).



- \_ Utilisez un **gant de toilette propre**

- \_ **Séquences** à respecter :

- \_ commencez par les cheveux,
- \_ lavez-vous le cou, les bras et les aisselles,
- \_ sous les seins,
- \_ l'ombilic,
- \_ les ongles des mains,
- \_ les jambes, les pieds et les ongles des pieds,
- \_ terminez par la toilette intime et le siège.



- \_ **Rincez-vous** soigneusement les cheveux et tout le corps.



**APRÈS la douche 1**

- \_ Séchez-vous de haut en bas (le corps et les cheveux) avec un **essuie propre**.



- \_ Enfilez des **sous-vêtements** et des **vêtements propres**.



- \_ Dormez dans une **literie propre**.

**APRÈS la douche 2**

- \_ Séchez-vous de haut en bas (le corps et les cheveux) avec un **essuie propre**.



- \_ Si vous êtes à domicile : enfilez des vêtements et sous-vêtements propres.

- \_ Si vous êtes à l'hôpital : enfilez la blouse d'opération (ni sous-vêtements, ni chaussettes).



- \_ Ne remettez pas de bijoux, ni piercings et/ ou prothèses dentaires, ...

En effectuant votre douche préopératoire / pré-interventionnelle avec soin, vous diminuez les risques d'infection.

Merci pour votre implication dans votre préparation.



En scannant ce QR code, découvrez une vidéo explicative ainsi qu'une fiche didactique concernant la douche préopératoire / pré-interventionnelle.

En province de Liège, le réseau public universitaire Elipse réunit 8 institutions : le Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye, le Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy, le CHR de Huy, le CHR de Verviers, le CHU de Liège, l'hôpital de la Citadelle, la Clinique André Renard, et IsoSL.



Vous avez une question en matière de prévention et contrôle des infections, en gestion optimale d'une antibiothérapie, d'infectiologie ou de pharmacologie ?

Le Host Elipse est accessible du lundi au vendredi entre 9h et 17h :

04 321 51 18

host.elipse@citadelle.be



## 6. Le jour de l'intervention

C'est un jour important, vous devez le consacrer entièrement à l'intervention de votre enfant.

Ne prenez pas d'autre rendez-vous ni d'autre engagement.

### Documents à apporter



La carte d'identité de votre enfant.



Les certificats médicaux et documents médicaux en rapport avec l'intervention.



Son passeport préopératoire avec votre signature sur les **deux consentements** (pages 10 à 13).



Les documents relatifs à un accident pour la mutuelle et l'assurance.

### Consignes de jeûne



Ne pas manger.



Dernier repas solide à 00h00.



Ne pas fumer.



Dernière boisson autorisée (eau plate, eau sucrée, café noir sans lait) 2h avant l'heure d'arrivée à l'hôpital.

### Consignes pour les bébés



L'allaitement maternel est autorisé jusqu'à 4h avant l'intervention.



Dernier lait autorisé à .....h.



Une prémédication pourra être donnée en cas d'anxiété préopératoire selon la prescription de l'anesthésiste.



Eau plate autorisée jusqu'à .....h.

#### En pratique :

- \_ Vous emporterez avec vous la valise de votre enfant ainsi que tous les documents nécessaires.
- \_ À votre arrivée à l'hôpital, vous vous présenterez aux bornes, dans le hall, avec sa carte d'identité. Suivez la route indiquée sur les étiquettes que vous recevrez. L'accueil du service se trouve à l'entrée ou au centre de l'unité de soins.
- \_ Un membre de l'équipe soignante prendra vos documents, vous installera dans sa chambre et vous interrogera à nouveau sur son état de santé.
- \_ L'heure de son intervention peut être modifiée en fonction des urgences du quartier opératoire.





## Identitovigilance : votre identité, c'est votre sécurité !

L'identitovigilance regroupe toutes les actions qui permettent au personnel soignant de vous identifier correctement, garantissant ainsi la sécurité de vos soins de santé. Son objectif : « Le bon soin, au bon patient, au bon moment ». Elle commence dès votre arrivée dans le service.

Un bracelet d'identification portant votre nom, votre prénom, et votre date de naissance vous sera remis pour assurer une prise en charge sécurisée, même si vous dormez. Vérifiez que les informations sur le bracelet sont exactes et signalez toute erreur ou perte. Répondez toujours aux questions sur votre identité : ces vérifications protègent votre sécurité. En gardant ce bracelet tout au long de votre séjour, vous participez activement à la sécurisation de vos soins.

Un geste simple pour une grande protection.



## 7. Après l'intervention

Après son intervention, en fonction du type d'anesthésie et du type d'intervention, l'équipe médicale décidera que :

- \_ Votre enfant peut retourner directement dans sa chambre.
- \_ Votre enfant peut transiter par la salle de réveil.
- \_ Votre enfant doit éventuellement séjourner un ou plusieurs jours aux soins intensifs.



Vous serez informé (e) de la date et de l'heure approximative de sa sortie. Nous vous conseillons de la préparer avec l'aide de votre famille ou des services sociaux.



Si votre enfant sort de l'hôpital le jour même de son intervention, il est recommandé qu'une personne passe la première nuit à ses côtés à son domicile.

**Si vous envisagez une convalescence et que les démarches n'ont pas été entreprises avant l'hospitalisation, veuillez à le signaler au plus vite au personnel de l'unité de soins.**

# Soulager la douleur

Soulager la douleur de votre enfant est une préoccupation constante de notre équipe soignante.

## Comment va-t-on évaluer la douleur pendant son hospitalisation ? Où a-t-il mal ?

- \_ Douleur au niveau du site de l'intervention.
- \_ Douleur liée à des dispositifs mis en place pendant l'intervention (drain, sonde, cathéter, etc.).
- \_ Douleur liée aux soins (pansement, toilette, kiné, etc.).
- \_ Douleur sans rapport avec l'intervention.

## Comment a-t-il mal ?

- \_ Nous lui demanderons de décrire sa douleur : lancement ? picotement ? brûlure ? autre ?
- \_ Nous lui demanderons de décrire l'intensité de sa douleur. À combien quantifie-t-il sa douleur entre 0 et 10, sachant que 0 est l'absence complète de douleur et 10 la pire douleur imaginable.



### Votre participation est essentielle :

- \_ Poser des questions lors des consultations médicales.
- \_ Signaler une douleur dès son apparition.
- \_ Prendre le traitement systématique prescrit en respectant les horaires prévus.
- \_ Prévenir l'équipe si le traitement antalgique vous semble insuffisant.

Au retour à domicile, si des douleurs persistent malgré le traitement antalgique, parlez-en à votre médecin généraliste.



### Avant de quitter l'hôpital, nous vous remercions de :

- \_ Vérifier que vous n'avez rien oublié dans la chambre.
- \_ Prévenir le personnel de votre départ.
- \_ Remplir le questionnaire de satisfaction qui vous a été remis durant votre hospitalisation.



# Consentement éclairé écrit : chirurgie



(Document à remplir par le médecin avec le concours du patient  
et à joindre dans le dossier médical + copie à fournir au patient sur demande).

Mère : .....

GSM : .....

Père : .....

GSM : .....

Autre : .....

GSM : .....

Etiquette du patient

Dans le cadre du diagnostic ou de l'indication suivante :

.....

Le médecin ..... a proposé l'intervention suivante :

.....

**Informations données le :** ..... / ..... / ..... (signature et cachet du médecin)

Consultation.

Brochure ou livret d'information remis.

Le médecin a abordé avec vous les différents points suivants :

\_ La nature et le but de l'intervention :

- les bénéfices attendus,
- les examens pré- et post-opératoires nécessaires,
- les précautions à prendre,
- la revalidation éventuelle.
- l'inconfort éventuel (douleur, incapacité de travail...),

\_ Les risques et les complications possibles.

\_ Les alternatives envisageables.

\_ L'évolution possible si on ne réalise pas l'intervention.

**Consentement explicite :**

Je soussigné(e), .....(personne légalement responsable)  
certifie que :

- Le médecin m'a expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention proposée.
- J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et le médecin y a répondu de façon satisfaisante.
- J'ai bien compris les informations qui m'ont été fournies.
- J'ai également été prévenu(e) du fait, qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise spécifiquement, dans ces conditions, le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.
- J'ai été informé(e) que je peux disposer d'un délai de réflexion et revoir le médecin en cas de questions supplémentaires.
- J'ai été informé(e) de la présence éventuelle d'assistants et/ou de conseillers techniques dans le quartier opératoire.
- J'ai compris que je suis aussi libre de refuser ou de retirer mon consentement et j'ai compris les risques associés.

Je marque mon accord au traitement proposé par le Dr .....  
et son équipe, y compris pour l'anesthésie, Dr .....  
pour l'intervention de .....  
prévue le ...../...../20.....

Le chirurgien responsable et l'anesthésiste s'engagent à donner les soins consciencieux et conformes aux données actuelles de la science.

En signant le présent document «POUR ACCORD», je suis présumé(e) agir avec l'accord de la mère/du père conformément aux dispositions de l'article 373, alinéa 2 du code civil.(\*)

Date + signature du parent ou du représentant légal:

Traducteur

**Informations données en présence d'un interprète :**

Je soussigné(e) ..... déclare parler couramment la langue de la personne concernée par l'intervention.  
Je certifie avoir traduit complètement et fidèlement les termes se trouvant sur ce consentement.  
Je certifie également que le patient et/ou l'adulte légalement responsable a indiqué qu'il comprenait ce que contenait ce consentement.

**Date + signature :**



# Consentement éclairé écrit : anesthésie

## Qu'entend-on par anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, etc.) en supprimant la douleur.

Il existe deux grands types d'anesthésie : **l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.**

**L'anesthésie générale** est un état d'inconscience, plus ou moins profond, produit par l'administration de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques.

**L'anesthésie locorégionale** permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie du corps de votre enfant sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une diminution temporaire de force musculaire dans la zone concernée est souvent associée. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment si l'anesthésie locorégionale est insuffisante.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Le choix du type d'anesthésie est déterminé par l'acte invasif prévu, votre état de santé et les éventuels résultats des examens complémentaires prescrits. Le choix final, en ce compris la décision de ne pas pratiquer l'anesthésie et donc de faire annuler l'opération, relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui vous prendra en charge.

## Comment votre enfant sera surveillé pendant l'anesthésie et à son réveil ?

Tout type d'anesthésie se déroule dans une salle équipée du matériel adéquat qui est adapté à votre cas, ou celui de votre enfant, et vérifié avant chaque utilisation. Pendant toute la durée de l'intervention, le médecin anesthésiste-réanimateur surveille divers paramètres (respiration, battements du cœur, température, etc.) et adapte l'anesthésie en fonction de ceux-ci. En fin d'intervention, votre enfant sera conduit dans une salle de "réveil", pour y être surveillé par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Dès que son état sera jugé stable et sa douleur contrôlée, il sera reconduit dans sa chambre.

Des *complications imprévisibles* comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que toutes les centaines de milliers d'anesthésies.

## Inconvénients et risques de l'anesthésie locorégionale

Des *maux de tête* peuvent survenir après une **rachianesthésie** ou une **anesthésie péridurale** mais ceux-ci disparaissent après quelques jours de repos ou/et un traitement local spécifique. Une *paralysie transitoire de la vessie* peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des *douleurs au niveau du point de ponction* dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté.

Des *démangeaisons* passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des *troubles passagers de la mémoire* ou une *baisse des facultés de concentration* peuvent apparaître dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des *convulsions*, un *arrêt cardiaque*, une *paralysie permanente* ou une *perte plus ou moins étendue des sensations* sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

## Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Il est très difficile de faire la différence entre les risques induits par l'anesthésie, par l'acte chirurgical ou votre état général. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter. Cependant, les inconvénients énoncés ci-dessous sont des événements imprévisibles et, par conséquent, la responsabilité du médecin ne peut pas être engagée par le simple fait que le patient ait subi ces "inconvénients".

### Inconvénients et risques de l'anesthésie générale

*Les nausées et vomissements* au réveil sont devenus moins fréquents grâce à l'emploi de nouvelles techniques et de nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares pour autant que les consignes de jeûne aient bien été respectées.

L'introduction d'un tube dans la gorge pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer *des maux de gorge* qui disparaissent au bout de quelques heures à quelques jours.

*Des traumatismes dentaires* lors de l'introduction du tube dans la gorge ou au réveil peuvent survenir. Ces complications surviennent plus fréquemment en cas de mauvais état dentaire.

*Une sensation douloureuse au niveau de la veine* dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer et disparaît après quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un *engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe*. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

*Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration* peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

## Consentement à l'anesthésie

J'ai reçu et compris l'intégralité des informations relatives à l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques inhérents à ladite anesthésie, les alternatives possibles, les répercussions financières et les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait de consentement.

J'ai pu poser l'ensemble des questions quant à cette anesthésie et le médecin y a répondu.

Après avoir eu un délai de réflexion et, le cas échéant, avoir pris avis de mon médecin traitant, je déclare comprendre les informations qui m'ont été communiquées et les risques potentiels de l'intervention proposée.

Je m'engage à suivre les directives et recommandations de soins pré-anesthésie et post-anesthésie qui m'ont été données.

Je soussigné(e) .....

mère / père / représentant légal de .....

consens à :

subir une anesthésie pour l'intervention prévue le ..... / ..... / .....

subir une transfusion de sang ou dérivés sanguins si elle est jugée indispensable par le médecin anesthésiste-réanimateur

L'anesthésiste responsable s'engage, quant à lui, à prodiguer des soins consciencieux et conformes aux données actuelles de la science.

Signature du parent ou du  
représentant légal

Etiquette du patient



**Intolérances médicamenteuses** (dont votre enfant ne supporte pas les effets secondaires)

Indiquez le(s) médicament(s) et cochez le(s) type(s) d'intolérance (s).

Nom du médicament	Types d'intolérances	Description / Commentaire (s)
	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements, nausées <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke	
	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements, nausées <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke	
	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements, nausées <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Champignons <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke	

**Allergies**

Cochez les produits auxquels votre enfant est allergique et le(s) type(s) de réaction(s).

Produits	Types de réactions	Description / Commentaires
<input type="checkbox"/> Kiwi <input type="checkbox"/> Banane <input type="checkbox"/> Autres fruits:	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Graminées <input type="checkbox"/> Acariens <input type="checkbox"/> Chats <input type="checkbox"/> Chiens	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Caoutchouc <input type="checkbox"/> Sparadrap	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Iso Bétadine®	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Produits de contraste	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Autres produits ou médicaments	<input type="checkbox"/> Urticair, chatouillements <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Autre	

**Questionnaire pré-anesthésique pédiatrique :**

Si votre enfant est suivi par un médecin spécialiste (pneumo-pédiatre, cardio-pédiatre, etc.), veuillez apporter le rapport de la dernière consultation.

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .... / ..... / .....

Poids: ..... kg Taille: ..... cm

Âge: ..... mois / an Poids de naissance de votre enfant: ..... kg

Votre enfant est-il né prématurément? .....  Non  Oui

Si oui, né à ..... semaines

Votre enfant est-il resté en néonatalogie? .....  Non  Oui

Si oui, combien de jours? .....

Y a-t-il eu des complications? .....  Non  Oui

Si oui, lesquelles? .....

A-t-il gardé des séquelles? .....  Non  Oui

Si oui, lesquelles? .....

Votre enfant a-t-il de l'asthme? .....  Non  OuiVotre enfant a-t-il été hospitalisé pour une infection respiratoire (bronchite, bronchiolite, etc.)? .....  Non  OuiVotre enfant ronfle-t-il? .....  Non  OuiVotre enfant a-t-il des apnées du sommeil? .....  Non  OuiDort-il avec une CPAP (machine aide inspiratoire)? .....  Non  OuiDort-il avec un monitoring d'apnées? .....  Non  OuiVotre enfant est-il en contact avec des personnes qui fument? .....  Non  OuiA-t-il fait de la fièvre et/ou une infection il y a moins de 2 semaines (otite, rhume, angine, pneumonie, bronchiolite, bronchite, varicelle, etc.)? .....  Non  Oui

Si oui, expliquez: .....

Votre enfant a-t-il un souffle au coeur? .....  Non  OuiSi oui, est-il suivi par un cardiologue? .....  Non  OuiVotre enfant est-il limité dans ses efforts physiques? .....  Non  OuiVotre enfant fait-il des malaises/syncopes, devient-il tout bleu? .....  Non  Oui

Si oui, dans quelles circonstances? .....

Votre enfant a-t-il du reflux au niveau de l'estomac? .....  Non  OuiVotre enfant fait-il des fausses routes? .....  Non  OuiVotre enfant suit-il sa courbe de croissance poids/taille? .....  Non  OuiVotre enfant est-il diabétique? .....  Non  OuiVotre enfant a-t-il un retard de développement psycho-moteur (marche, langage)? .....  Non  OuiVotre enfant a-t-il présenté de l'épilepsie/convulsions hyperthermiques? .....  Non  OuiY a-t-il dans votre famille des problèmes de maladies musculaires? .....  Non  OuiVotre enfant a-t-il une maladie génétique ou autre? .....  Non  Oui

Si oui, laquelle? .....

.....

Avez-vous connaissance d'une dépendance chez votre enfant (tabac, alcool, drogue)? .....  Non  Oui

Si oui, laquelle, en quelle quantité? .....

.....

Votre enfant porte-t-il:

\_ un appareil dentaire .....  Non  Oui

\_ une prothèse auditive .....  Non  Oui

\_ des lunettes .....  Non  Oui

\_ des piercings .....  Non  Oui

Avez-vous une remarque importante à signaler au sujet de votre enfant? .....  Non  Oui

Si oui, laquelle? .....

.....

Votre enfant a-t-il présenté un problème de saignement anormal après une intervention mineure (circoncision, extraction dentaire)? .....  Non  Oui

Votre enfant fait-il facilement des bleus au niveau du corps? .....  Non  Oui

Votre enfant saigne-t-il facilement du nez? .....  Non  Oui

Votre enfant saigne-t-il quand il se brosse les dents? .....  Non  Oui

Votre enfant a-t-il déjà présenté des saignements prolongés lors de la chute d'une dent de lait? .....  Non  Oui

Y a-t-il dans la famille (frères,sœurs,parents) des personnes qui ont déjà présenté des problèmes d'hémorragie? .....  Non  Oui

Votre enfant a-t-il pris dans les 7 à 10 jours précédents des anti-inflammatoires? (Ibuprofen®, Nurofen®, Malafen®)? .....  Non  Oui

Avez-vous des questions que vous souhaitez poser à l'anesthésiste lors de la consultation? .....  Non  Oui

Vous pouvez les noter ci-dessous:

.....

.....

.....