

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Chère patiente, cher patient,

Votre anesthésiste va prendre contact avec vous pour un entretien personnel d'anesthésie avant votre opération.

Lors de l'entretien d'anesthésie, nous définissons avec vous la procédure d'anesthésie la plus adaptée à l'intervention prévue. Notez vos questions afin d'en discuter lors de l'entretien de clarification.

Veuillez remplir ce formulaire et l'amener à l'entretien.

NOTICE D'INFORMATION SUR L'ANESTHÉSIE

VOUS COMPLÉTEREZ CETTE PAGE AVEC VOTRE MÉDECIN ANESTHÉSISTE LORS DE L'ENTRETIEN D'INFORMATION.

Toute méthode d'anesthésie comporte des risques sur lesquels nous souhaitons vous informer. Il ne faut pas que l'énumération de ces risques vous inquiète: les complications graves sont très rares par rapport au nombre total d'anesthésies pratiquées. Veuillez cocher la méthode d'anesthésie envisagée pour vous au cours de l'entretien.

☐ **Risques généraux liés aux anesthésies**

Réactions allergiques, points de compression (nerfs, peau), rétention urinaire, nausées, vomissements, démangeaisons, frissons, épanchement de sang, maux de dos, arrêt respiratoire et circulatoire

☐ **Anesthésie générale**

Aspiration, troubles de la déglutition, lésions des cordes vocales (enrouement, problèmes respiratoires), dégâts dentaires, réveil pendant l'anesthésie

☐ **Anesthésie locale (locorégionale)**

Rachianesthésie (anesthésie locorégionale rachidienne): maux de tête, baisse de tension avec nausées, difficultés transitoires pour uriner, paralysie prolongée, baisse de l'acuité auditive et visuelle, lésions nerveuses, hémorragie, infection
Bloc nerveux périphérique (blocage de la perception douloureuse dans certains nerfs ou sur certains territoires nerveux, par exemple dans l'épaule, le bras, la jambe): lésions nerveuses, hémorragie, infection. Dans toute anesthésie locale, il peut arriver que la douleur ne soit pas suffisamment supprimée. Il est toutefois possible de passer d'une anesthésie locale à une anesthésie générale à tout moment.

☐ **Sédation**

Diminution des perceptions, atténuation de la respiration, troubles de la conscience, aspiration

VEUILLEZ APPORTER CE FORMULAIRE LORS DE VOTRE ADMISSION À LA CLINIQUE.

Risques spécifiques de certaines mesures

- ☐ Canule artérielle: infection, occlusion vasculaire, hémorragie
- ☐ Cathéter veineux central: infection, collapsus pulmonaire, hémorragie, lésions nerveuses
- ☐ Sonde urinaire: infection, blessure, envie impérieuse d'uriner, rétrécissement ultérieur de l'urètre
- ☐ Transfusion sanguine: transmission de maladies virales (hépatites, VIH), réaction d'intolérance
- ☐ ETO: blessure du larynx/de l'œsophage, difficultés de déglutition, dégâts dentaires

Traitement postopératoire prévu de la douleur

- | | |
|--|--|
| ☐ Administration de médicaments antalgiques | ☐ Cathéter péridural |
| ☐ Pompe anti-douleur (ACP) | ☐ Bloc nerveux périphérique avec cathéter |

CONSENTEMENT

J'atteste avoir,

- au cours de l'entretien d'information reçu et compris toutes les informations relatives à l'anesthésie prévue et pris connaissance,
- été suffisamment informé(e) des effets secondaires et des risques,
- pu poser mes questions sur l'anesthésie, de sorte que je n'ai plus d'autres questions.

Je consens à ce que la méthode d'anesthésie puisse être modifiée par rapport à ce qui m'a été décrit, voire complètement changée, si cela est nécessaire à ma sécurité et à mon bien-être. Si une personne participant à l'opération se blesse avec du matériel ou des appareils contaminés par mon sang, mes sécrétions ou d'autres matériaux provenant de mon organisme, je consens à ce qu'un échantillon de sang me soit prélevé afin que la personne concernée puisse recevoir le plus rapidement possible les traitements éventuellement nécessaires.

Protection des données: les dossiers médicaux en lien avec mon traitement peuvent être demandés par d'autres médecins ou établissements médicaux. Les résultats d'examens et de traitements ou les analyses peuvent être transmis aux médecins référents ou assurant le suivi. Les données liées à mon traitement peuvent être enregistrées sous forme électronique et traitées conformément aux prescriptions légales. Dans le respect des prescriptions légales, les données peuvent également être transmises, à des fins de facturation, à des tiers soumis au secret professionnel.

Date

Signature de la patiente/du patient ou
personne exerçant l'autorité parentale

Signature médecin