



# **Livret du patient** pour opération ou intervention sous anesthésie

ÉTIQUETTE DU PATIENT

Ce livret du patient est réalisé en collaboration avec des associations des docteurs généralistes suivants:



HUISARTSENKRING - V.Z.W.  
IZEGEM-INGELMUNSTER-LENDELEDE



## Livret du patient – Table des matières

Informations fournies par le médecin traitant	Pages 4 et 5
Formulaires de consentement	Pages 6 et 7
Questions	Pages 8, 9 et 10
Listes de médicaments	Pages 11
Examen clinique réalisé par le généraliste	Pages 12 et 13
Politique de médication	Page 14
Checklist de prise en charge – service infirmier	Page 15

Cher patient

Vous trouverez dans ce livret toutes les informations nécessaires ainsi que les formulaires qu'il y a lieu de compléter pour l'opération ou l'intervention que vous devez subir sous anesthésie. Pour que la prise en charge se déroule rapidement, nous vous demandons de les remplir avant de vous présenter à la réception.

Veillez donc compléter les pages 8, 9 et 10 ainsi que la liste des médicaments à la page 11.

Prenez rendez-vous chez votre généraliste au moins deux semaines avant l'intervention programmée.

Si vous prenez des **HÉMODILUANTS/ANTICOAGULANTS** ou si vous êtes **ALLERGIQUE**, veuillez le signaler à votre médecin.

Si vous souhaitez un complément d'informations, si vous avez des questions ou si vous désirez consulter un anesthésiste au préalable, vous pouvez contacter le service responsable de la préparation de votre hospitalisation ou le secrétariat du département d'anesthésie :

## Service responsable de la préparation de l'hospitalisation

**Campus Wilgenstraat**  
Wilgenstraat 2  
8800 Roeselare  
051 23 72 55

**Campus Brugsesteenweg**  
Brugsesteenweg 90  
8800 Roeselare  
051 23 64 64

**Campus Menen**  
Oude Leielaan 6  
8930 Menen  
056 52 20 32

**Campus Rembert Torhout**  
Sint-Rembertlaan 21  
8820 Torhout  
050 23 27 46

e-mail: [preopbeleid@azdelta.be](mailto:preopbeleid@azdelta.be)

## Service d'anesthésie

**Campus Roeselare / Menen**  
Secrétariat : 051 23 70 39  
E-mail: [secretariaat.anesthesie@azdelta.be](mailto:secretariaat.anesthesie@azdelta.be)

**Campus Rembert Torhout**  
050 23 27 46

ÉTIQUETTE DU PATIENT

Personne de contact : .....

.....

Tel.: .....

CAMPUS

Wilgenstraat Brugsesteenweg Menin Torhout

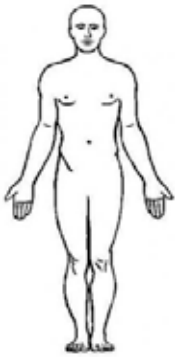
TYPE DE PRISE EN CHARGE

Hospitalisation Hôpital de jour Prise en charge post-op. / soins intensifs

DURÉE PRÉSUMÉE DU SÉJOUR

..... / jours.

DATE DE LA PRISE EN CHARGE : .....	HEURE : .....	DATE DE L'OPÉRATION : .....
RAISON DE LA PRISE EN CHARGE :	ÉLECTIVE	(SEMI-)URGENTE
.....		

 <p><b>Droite</b>                      <b>Gauche</b></p>	<b>Latéralité de l'opération :</b>				
	Droite	Gauche	sans objet		
	<b>Proposition d'anesthésie :</b>				
	Locale	Plexus	épidurale/ rachidienne	Sédation	General
	<b>Groupe sanguin :</b>				
Détermination du groupe sanguin et test de Coombs indirect (à l'AZ Delta)					
<b>ALLERGIE CONNUE :</b> .....					

<b>COAGULANTS SANGUINS</b>	Pour une consultation éventuelle : nom du médecin : Dr. .....		
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :

AUTRES MÉDICAMENTS À ARRÊTER ÉVENTUELLEMENT :

.....

**TYPE D'INTERVENTION (ENTOUREZ LA MENTION CORRECTE)**

Mineure	Intermédiaire	Majeure
Ex. : Exérèse d'une lésion cutanée ou d'une glande de Bartholin Drainage d'un abcès à la poitrine Canal carpien Correction de la cloison nasale Hydrocèle Cataracte ...	Ex. : Varices (adéno)tonsillectomie Arthroscopie du genou Tympanoplastie Incision Cholécystectomie laparoscopique ...	Ex. : Hystérectomie abdominale Prothèse articulaire (hanche, genou) RTU de la prostate Neurochirurgie Thyroïdectomie Néphrectomie Curage ganglionnaire cervical radical Chirurgie abdominale lourde, ...

**REMARQUES : SI > 70 ANS : AU MINIMUM ASA II**

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
<b>Classification ASA</b>	Patient normal en bonne santé	Patient atteint d'une affection systémique légère	Patient atteint d'une affection systémique invalidante qui limite son activité normale	Patient atteint d'une affection systémique invalidante mettant constamment sa vie en danger
	Ex. : patient présentant une bonne tolérance à l'effort	Ex. : hypertension bien traitée - diabète maîtrisé - obésité moyenne - anémie - bronchite chronique légère	Ex. : hypertension sévère et irrégulière - diabète incontrôlé ou irrégulier - angine de poitrine modérée - début de décompensation cardiaque	Ex. : angine de poitrine au repos - insuffisance pulmonaire - insuffisance rénale - insuffisance cardiaque - insuffisance hépatique
<b>Interv. mineure</b>	Anamnèse +	Idem ASA I + Labo sur indication	Anamnèse + évaluation clinique + Labo + ECG	
<b>Interv. inter-médiaire</b>	Évaluation clinique ECG si > 65 ans Labo sur indication			
<b>Interv. majeure</b>	Anamnèse + évaluation clinique Labo + ECG > 65 ans			

**CONSIGNES**

- Labo** BG + test Coombs indirect : / /20 (AZ Delta):  **ECG**  
sur indication : ex. RX-thorax, ...
- Consultation généraliste** ..... Date:.....
- Consultation cardio, pneumo, néphro, endocrino :** ..... Date:.....
- Consultation anesthésiste** ..... Date:.....
- Pacemaker** NON OUI avis pré-op. adaptation du PM
- Défibrillateur** NON OUI avis cardiologue
- Neurostimulator present** NON OUI apporter l'appareil de commande
- Deep Brain Stimulator** NON OUI avis neurochirurgien
- Pompe à insuline sous-cutanée** NON OUI avertir l'infirmière du service de diabétologie

**CONSIGNES POUR LE SERVICE INFIRMIER**

- Labo pré-op.** Contrôle Type and Screen..... PC Commande :..... E Blpl:.....
- Prévention néphropathie de contraste** NON OUI .....
- Prophylaxie endocardite** NON OUI .....
- Prophylaxie anaphylactique** NON OUI .....
- Préparation intestinale** NON OUI .....
- Contrôle PM et/ou défibrillateur** NON OUI .....
- AUTRE** p.ex. matelas antidécubitus .....

**AUTORISATION REQUISE À DONNER PAR LE PATIENT SUR LA BASE DES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES SUR L'OPÉRATION/LE TRAITEMENT/L'EXAMEN**

Le dr..... m'a informé(e)  
about

En date du ...../...../ 20.....

concernant l'opération / le traitement / l'examen suivant(e) .....

Date ...../...../ 20..... sur le campus de Wilgenstraat / Brugsesteenweg / Menen / Torhout

Le médecin m'a communiqué de plus amples informations concernant :

- l'état de santé, le diagnostic et l'opération/le traitement/l'examen qui se déroulera;
- la raison, la durée, le degré d'urgence, le but et la fréquence de ce(tte) opération/traitement/examen;
- les chances de réussite;
- les avantages et inconvénients, les complications éventuelles et les effets secondaires durant l'intervention et/ou la période de récupération/convalescence;
- les précautions à prendre et notamment les examens nécessaires à effectuer avant et après l'opération/le traitement/l'examen;
- les alternatives possibles et les chances de récupération avec et sans l'intervention;
- le coût et la part personnelle à prendre en charge en tant que parent.

J'ai reçu une réponse claire à toutes les questions que j'ai posées et je dispose de toutes les informations dont j'ai besoin pour décider en toute liberté de faire procéder à l'opération/au traitement/à l'examen de mon enfant. J'ai également reçu (pour autant qu'il en existe une disponible) une brochure d'information sur le sujet, portant le numéro.....(voir rabat de couverture, dans l'angle inférieur droit, 0520 .....

Je sais que je peux à tout moment poser mes questions au médecin et m'adresser au service financier (factuur@azdelta.be ou 051 23 70 54 ) pour tout ce qui concerne la facturation.

Je respecterai strictement les indications de mon médecin afin que l'opération/le traitement/l'examen ainsi que la récupération/convalescence se déroulent de la façon la plus favorable possible. Je suis conscient(e) que même en prenant un maximum de précautions, les médecins et le personnel infirmier ne peuvent offrir aucune garantie absolue de réussite.

J'autorise le médecin à pratiquer tout acte médical complémentaire – en relation avec le motif justifiant le traitement initial – qui s'avérerait nécessaire pour la récupération/convalescence ou la préservation de mon état de santé.

Je confirme autoriser le médecin soussigné à pratiquer l'opération/le traitement/l'examen en collaboration avec un autre médecin ou un assistant en formation. Dans certaines circonstances exceptionnelles, le médecin que j'ai choisi peut se faire remplacer par un collègue. J'autorise la présence éventuelle de personnes externes durant la procédure (p.ex. des représentants en matériel prothétique nécessaire à la procédure, des kinésithérapeutes, des médecins stagiaires, une infirmière stagiaire...).

Je peux réviser mon jugement à tout moment et renoncer à cette intervention. Pour ce faire, je contacte le médecin qui me traite.

J'autorise la prise de clichés photographiques anonymisés et je marque mon accord pour que ceux-ci soient éventuellement utilisés à des fins formatives et/ou pour des publications scientifiques.

Fait à Menin / Roeselare / Torhout

**Patient ou représentant légal**

Prénom et nom + signature + mention "Lu et approuvé"

Date...../...../20..... à..... h .....

**Médecin traitant**

Signature et cachet

**AUTORISATION DE PROCÉDER À UNE ANESTHÉSIE, UNE ANALGÉSIE (ADMINISTRATION D'ANTIDOULEURS) ET À UNE TRANSFUSION SANGUINE :**

Je sais qu'une anesthésie générale et/ou locorégionale et une analgésie sont recommandées pour l'opération ou l'intervention planifiée. J'autorise l'anesthésiste agréé qui co-signe le présent document à y procéder.

J'ai lu attentivement la brochure "L'anesthésie : brochure informative". En cas de questions éventuelles, je peux consulter le service d'anesthésie et obtenir de plus amples explications auprès de lui.

Je comprends que l'anesthésie générale et l'analgésie entraînent des risques et je suis conscient(e) que ces risques peuvent être plus importants si je ne respecte pas les consignes édictées dans la brochure. Ces risques peuvent également être plus importants en fonction de mon état médical.

Je marque également mon accord avec une hospitalisation éventuelle si cela devait s'avérer nécessaire.

Je serai à jeun pour l'opération. (Veuillez consulter les consignes dans le dépliant informatif "L'hospitalisation"). Le matin de l'opération ou de l'intervention, je prendrai mes médicaments avec un peu d'eau, sauf indications contraires du médecin traitant. (Pensez surtout aux hémodiluant/anticoagulants).

Je ne bois pas d'alcool pendant 24 heures après l'intervention.

Je ne quitterai pas l'hôpital sans accompagnement.

Au cours des 24 premières heures suivant l'intervention, je ne peux pas conduire (ni voiture, ni moto, ni cyclomoteur) ni faire du vélo et je ne peux pas manipuler de machines. Je ne signerai pas de documents importants et je ne prendrai pas de décisions cruciales.

Quelqu'un sera présent à domicile durant les 24 premières heures après l'opération.

Je sais que l'anesthésiste ne peut garantir le résultat de l'anesthésie ni de l'analgésie. Je comprends et je sais que le type d'anesthésie et/ou d'analgésie peut être modifié à mon insu si cela s'avère nécessaire.

Par la présente, je déclare autoriser que des produits sanguins me soient administrés si nécessaire. (en cas de désaccord, veuillez biffer cette phrase et confirmer par écrit ci-dessous qu'aucun produit sanguin ne peut vous être administré, puis apposez votre signature et la mention "lu et approuvé")

Nom : .....

Raison : .....

Fait à Menin / Roeselare / Torhout

**Patient ou représentant légal**

Prénom et nom + signature + mention "Lu et approuvé"

Date...../...../20..... à..... h .....

**Médecin traitant**

Signature et cachet

À compléter par le PATIENT

<b>ÂGE :</b>	<b>TAILLE :</b>	<b>POIDS :</b>
<b>ALLERGIE</b> Oui / Non / Je ne sais pas .....  Si oui : à quel produit ? P.ex. latex, médicament (p.ex. antibiotiques), banane ou kiwi, iode (désinfectant ou liquide de contraste), autre : .....  Quelle réaction se produit ? P.ex. : forts vomissements, diarrhée, éruption cutanée, gonflement des lèvres, problèmes respiratoires, choc ? .....  Note : en cas d'ingestion d'antibiotiques, la survenue d'une diarrhée ou l'apparition d'une infection mycosique n'est qu'un effet secondaire et non un signe d'allergie.		
<b>PACEMAKER / DÉFIBRILLATEUR</b>	<b>NEUROSTIMULATEUR</b>	<b>DEEP BRAIN STIMULATOR</b>

Avez-vous déjà subi une opération sous anesthésie générale ou partielle ? Si oui, en quelle année ou à quel âge, pour quelle intervention et quel traitement ? ..... ..... ..... .....	<b>Oui / Non</b>
Avez-vous déjà été traité(e) par votre généraliste ou hospitalisé(e) pour certaines maladies ? Si oui, en quelle année ou à quel âge, et pour quelles affections ? ..... ..... ..... .....	<b>Oui / Non</b>
Avez-vous déjà réagi de façon inhabituelle lors d'une anesthésie antérieure ? Si oui, décrivez la réaction le plus précisément possible. ..... ..... .....	<b>Oui / Non</b>
Un membre de votre famille a-t-il déjà connu un problème lors d'une anesthésie ? Si oui, décrivez-le aussi précisément que possible : ..... ..... .....	<b>Oui / Non</b>



**À compléter par le PATIENT**

Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? ..... Depuis combien de temps ? .....	Oui / Non
Buvez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de verres par jour ?..... ou par semaine ? .....	Oui / Non
À quelle fréquence buvez-vous au moins 6 verres (pour les femmes) / 8 verres (pour les hommes) lors d'une occasion particulière ?  <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> moins de 1x par mois <input type="radio"/> chaque mois <input type="radio"/> chaque semaine <input type="radio"/> chaque jour	
Consommez-vous des drogues, des stupéfiants ou des stimulants ? Lesquels ? .....	Oui / Non
Pour pour les femmes : êtes-vous potentiellement enceinte ?	Oui / Non
Présentez-vous des problèmes cardiaques, un souffle au cœur, une arythmie cardiaque, une douleur dans la poitrine ? Vous a-t-on placé un stent ? Avez-vous subi une dilatation ? Si oui, veuillez décrire : ..... .....	Oui / Non
Présentez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse ? Quelle est votre tension artérielle habituelle ? ..... / .....	Oui / Non
Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà évanoui(e) ou avez-vous fait un malaise ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Êtes-vous vite essoufflé(e) et ressentez-vous une oppression au niveau de la cage thoracique lorsque vous faites un effort ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Souffrez-vous de troubles respiratoires, d'asthme ou de bronchite chronique ? Si oui, veuillez décrire : ..... ..... .....	Oui / Non
Utilisez-vous un appareil CPAP nocturne ? Si oui, veuillez l'emporter avec vous.	Oui / Non
Êtes-vous essoufflé(e) au repos ou lorsque vous êtes allongé(e) ?	Oui / Non
Avez-vous des varices ?	Oui / Non
Avez-vous déjà été victime d'une phlébite / d'un caillot sanguin à la jambe ? Avez-vous déjà été victime d'une embolie pulmonaire (caillot de sang dans les poumons) ?	Oui / Non Oui / Non
Présentez-vous des troubles de la coagulation ? Continuez-vous à saigner long- temps après vous être occasionné une plaie, lorsque vous saignez du nez ou en cas d'extraction dentaire ?	Oui / Non
Êtes-vous en traitement chez un hématologue ?	Oui / Non
Vous a-t-on déjà administré des produits sanguins ? Si oui, cela a-t-il donné lieu à des problèmes ? .....	Oui / Non

**À compléter par le PATIENT**

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes aux reins ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes au foie (hépatite,... p.ex.)? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Avez-vous déjà eu un ulcère à l'estomac ?	Oui / Non
Présentez-vous une hernie hiatale ?	Oui / Non
Avez-vous des problèmes de glande thyroïde ?	Oui / Non
Êtes-vous en traitement pour un diabète ? Si oui et si vous prenez de l'insuline, apportez votre glucomètre et votre/vos stylo(s) à insuline avec vous.	Oui / Non
Avez-vous récemment souffert d'un refroidissement ? Avez-vous eu la grippe au cours du mois écoulé ? Avez-vous fait de la fièvre ?	Oui / Non
Êtes-vous positif/ve au VIH (séropositif)? Êtes-vous positif/ve au SDRM (bactérie hospitalière) ou l'avez-vous déjà contracté ? Autres infections ? .....	Oui / Non Oui / Non
Prenez-vous de la cortisone ou avez-vous reçu une injection de cortisone au cours des 6 derniers mois ?	Oui / Non
Souffrez-vous (ou un membre de votre famille) d'une maladie musculaire ? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Avez-vous des problèmes de dos ?	Oui / Non
Avez-vous des problèmes cervicaux ?	Oui / Non
Avez-vous des problèmes pour ouvrir la bouche ?	Oui / Non
Êtes-vous atteint(e) d'une maladie neurologique (paralysie ou perte de tonus musculaire, maladie de Parkinson, épilepsie, hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale, sclérose en plaques, ...)? Si oui, veuillez décrire : .....	Oui / Non
Souffrez-vous d'une autre maladie non mentionnée ci-dessus ? Veuillez décrire : .....	Oui / Non
Portez-vous un dentier fixe ou amovible, de fausses dents, une prothèse ou un bridge, une dent à pivot ?	Oui / Non
Portez-vous des lunettes, lentilles de contact ou un appareil auditive ?	Oui / Non

## À compléter par le PATIENT : LISTE DE MÉDICAMENTS À DOMICILE

**LISTE DES MÉDICAMENTS PRIS À DOMICILE : VEUILLEZ LA COMPLÉTER CLAIEMENT ET PRÉCISÉMENT OU EN JOINDRE UNE COPIE : APORTEZ AVEC VOUS TOUS LES MÉDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE ET DÉPOSEZ-LES DANS LE SAC À MÉDICAMENTS DE L'HÔPITAL**

MÉDICAMENT			HEURE D'ADMINISTRATION + QUANTITÉ				REMARQUE
Désignation	Dose	Forme	8h	12h	18h	22h	
ex. : Dafalgan forte	1 gramme	1 comprimé	ex. 1				En cas de douleur
ex. : Zocor	40 mg	1 comprimé	ex. 1				

**N'oubliez pas:**

- préparations hormonales (ex. pilule contraceptive)
- somnifères
- pommades
- antidouleurs
- injections
- puffs

- suppléments alimentaires
- gouttes oculaires
- Cortisone
- patchs médicaux
- produits homéopathiques
- herbes médicinales
- produits contre les maux d'estomac

**Diabetes patients:**

- apporter son glucomètre
- apporter les stylos à insuline

## À compléter par: le GÉNÉRALISTE

**MÉDICATION À INTERROMPRE AVANT L'INTERVENTION :  
ANTICOAGULANTS : (CONSIGNES SUR LE SITE WEB DE L'AZ DELTA)**

<b>COAGULANTS SANGUINS</b>	Pour une consultation éventuelle : nom du médecin : Dr. .....		
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :
Médication :	Dernière prise :	Remplacé par :	jusqu'au :

**AUTRE MÉDICATION : (INFO. P. 14)**

MÉDICATION	DATE D'ARRÊT

Cher confrère

Une politique/procédure préopératoire de qualité présente divers avantages, notamment une diminution de la morbidité péri-opératoire, une plus grande satisfaction du patient, une sécurité accrue, une planification plus efficace... C'est pourquoi nous comptons sur votre collaboration. Les examens effectués depuis moins de 6 mois ne doivent pas être répétés sauf en cas de changement récent de l'état clinique.

### **ANAMNÈSE**

(données importantes ne figurant pas dans le questionnaire) :

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

### **EXAMEN CLINIQUE**

CARDIAQUE : Tension artérielle :...../..... mmHg, Pouls:...../min.

.....  
.....

VASCULAIRE :

.....  
.....

RESPIRATOIRE :

.....  
.....

GASTRO-INTESTINAL :

.....  
.....

UROGÉNITAL :

.....  
.....

NEUROLOGIQUE/ LOCOMOTEUR :

.....  
.....

INFECTIEUX (SDRM, AUTRE ?)

.....  
.....

AUTRES :

.....

**EXAMENS TECHNIQUES (cf. consigne p.5)**

ECG-protocol: .....  
 (veuillez joindre votre propre ECG ou une copie, svp.)

Screening SDRM : effectué par :  AZ Delta  GP ...../...../ 20.....

LABO veuillez joindre le protocole ou transmettre les résultats par mail à [preopbeleid@azdelta.be](mailto:preopbeleid@azdelta.be) (ou compléter)

Date de la prise de sang : ...../...../ 20..... (labo:.....)

Hgb	Hct	RBC	Blpl	WBC
PT	INR	aPTT		
Creat	Ureum	GFR	Glyc	HBalc(diabetes)
Na	K	Cl	Bic	TSH
AST	ALT	gamma-GT	AF	Bil

**AUTRES EXAMENS TECHNIQUES :** p.ex. : RX du thorax : uniquement en cas d'indication clinique

**REMARQUES du GÉNÉRALISTE à l'attention du SPÉCIALISTE et/ou des INFIRMIÈRES du DÉPARTEMENT :**

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

Cachet du généraliste

Signature

Date ...../...../20.....

Pour toute question médicale complémentaire relative à la politique menée en matière de procédure préopératoire, veuillez envoyer un mail à l'adresse :

**[preopbeleid@azdelta.be](mailto:preopbeleid@azdelta.be)**

**Veuillez poursuivre la médication régulière, y compris le matin du jour de l'intervention !**

Remarque : anti-arythmiques : toujours poursuivre l'administration ; si ablation : voir l'avis du cardiologue.

**MÉDICAMENTS DONT L'ADMINISTRATION PRÉOPÉRATOIRE DOIT ÊTRE INTERROMPUE !**

Dernière prise : LA VEILLE	
<b>DIURÉTIQUES</b>	
<b>Inhibiteurs des ECA, SARTANS</b>	auf : insuffisance cardiaque chronique et fonction ventriculaire fortement réduite (EF<30%) : poursuivre l'administration le jour-même
<b>ANTIDIABÉTIQUES ORAUX/INCRÉTINO-MIMÉTIQUES</b>	sauf : metformine ou préparation combinée contenant de la metformine : dernière administration 48h avant l'opération
<b>Si traitement à l'insuline : Enregistrement prise à 8h</b>	prise à 8h : pose d'une perfusion de glucose + administration d'une demi-dose d'insuline - apporter le stylo à insuline et le glucomètre
<b>MÉDICATION pour le SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : TCA , ISRS, lithium (Camcolit®, Maniprex®), antipsychotiques, neuroleptiques,...</b>	
<b>INHIBITEURS DE LA MAO : Moclobémide®, Selegiline (Eldépryl®)</b>	rem. : Eldépryl®(traitement de la maladie de Parkinson): une demi-dose le matin-même  sauf : Fenelzine (Nardelzine®): arrêt 3 semaines auparavant
<b>THÉOFYLLINE : Xanthium®</b>	
<b>ÉCHANGEURS D'ANIONS : Questran®, Colestid®</b>	
<b>FIBRATES : Ciprofibrate®, Hyperlipen®, Fénofibrate®, Lipanthyl®, Lipanthylnano®, ...</b>	myopathie, rhabdomyolyse, insuffisance rénale
<b>NSAID (traitement d'entretien préopératoire)</b>	sauf NSAID à action longue durée (Arcoxia®, Feldène®, Brexine®, Meloxicam®, Naproxen®, Piroxicam®, ...) : arrêt ≥ 3 jours auparavant si le contrôle de la douleur le permet
Médicaments dont l'ingestion doit être interrompue plus longtemps à l'avance	
<b>ANTICOAGULANTS</b>	cf. les consignes figurant sur le site web de l'AZ Delta où le conseil du médecin
<b>METFORMINE ou préparation combinée contenant de la metformine</b>	dernière ingestion 48h avant l'opération (acidose lactique et insuffisance rénale)
<b>INHIBITEUR de la MAO : Fenelzine (Nardelzine®)</b>	arrêt 3 semaines à l'avance (évent. en consultation avec le psychiatre)
<b>SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES : millepertuis, valériane, vitamine E, ginkgo biloba, ail, ginseng, riz rouge, ...</b>	arrêt ≥7 jours à l'avance
<b>IMMUNOMODULATEURS : Arava®, Humira®, Ledertrexate®, ...</b>	arrêt 2 semaines à l'avance si possible (risque d'infection et cicatrisation retardée des plaies)

L'AZ Delta et les médecins ne peuvent être tenus pour responsables de complications résultant de l'application des directives reprises dans cette brochure.

## Checklist Service infirmier

Données du patient contrôlées ? (nom, date de naissance, bracelet d'identité en place) Oui / Non

Le carnet du patient est-il complété ? (pensez notamment au consentement éclairé – est-il complété ?) Oui / Non

**ALLERGIE ?** Non / Inconnue / Oui : .....

**INFECTION :** .....

**CONSIGNES DE JEÛNE**

Dernière ingestion de boisson : quoi ? ..... heure : .....

Dernière ingestion d'aliments : jusqu'à ..... heure : .....

**CONSIGNES PRÉOPÉRATOIRES**

Note de transfert lue ? Tâche exécutée ?

Les consignes relatives au PM / défibrillateur / neurostimulateur ont-elles été respectées ?

T & S clôturé ? S.O. NON OUI

PC présent au labo ? NON OUI

**Anticoagulants :** ARRÊTÉS ? S.O. NON OUI

depuis le : ..... Lesquels : .....

Remplacés par : .....

**GÉNÉRALITÉS**

Patient préparé : lunettes, lentilles, appareil auditif, casque opératoire, linge de lit propre, bijoux, bracelets de poignet .....

Matériel nécessaire transmis ? p.ex. bandage abdominal, bas, appareil de commande pour neurostimulateur, puffs, ...

Champ opératoire préparé ? .....

Mixtion avant le départ pour l'intervention ? (Remarque : pas si administration de Hexvix en cas de patients urologique)

Étiquettes en nombre suffisant ? .....

Matelas en position antidécubitus ? .....

Signalement psychique : p.ex. angoisse, confusion, démence : .....

Remarques générales : langue, malentendant, malvoyant, confus(e), autres,

**PARAMÈTRES**

Tension artérielle	Pouls	Température	SpO2	Douleur
mmHg	/min	°	%	/10
Glycémie : (si patient diabétique)		mg/ml	Insuline administrée ?	

**Médication préopératoire administrée**     Oui .....     Non, parce que : .....

**Département/service :** .....    **Nom infirmière :** .....

Plus d'info?

[www.azdelta.be/fr](http://www.azdelta.be/fr)