

Livret destiné au patient - chirurgie et examens interventionnels



Madame, Monsieur,

Avant votre admission, il convient de régler un certain nombre de choses.

Lisez chez vous ce livret destiné au patient, répondez aux questions posées ou faites-le remplir par la personne concernée. Lors de l'admission, apporter votre livret et remettez-le à l'infirmière dans le service.

SPÉCIALISTE : pp. 2 et 3
PATIENT : pp. 4 à 9 et p. 16
MÉDECIN TRAITANT : pp. 10 à 15
INFIRMIÈRE A DOMICILE: pp. 14 et 15

Nom et prénom du patient

Etiquette du patient

Médecin spécialiste traitant

cachet du médecin

Type d'intervention/examen : _____

Côté: gauche droit

Date de l'intervention/examen : _____

Date de l'admission: _____

Heure de l'admission: ____

Annoncez-vous à l'accueil
 à l'hôpital de jour



campus loofstraat
Loofstraat 43



campus reepkaai
Reepkaai 4



campus kennedylaan
Pres. Kennedylaan 4



campus vercruysselaan
Burg. Vercruysselaan 5

A remplir par le SPÉCIALISTE pour le MÉDECIN TRAITANT

A l'attention du docteur -----

Honoré confrère,

Patient



Étiquette du patient

J'ai communiqué au patient les informations concernant le traitement, les conséquences auxquelles il convient de s'attendre, le suivi et les autres possibilités. Le patient a donné son consentement pour le traitement.

Veillez effectuer les examens préopératoires et confier les résultats au patient le jour de l'admission (pages 10 et 11). En absence des résultats des examens préopératoires, il est possible que l'opération doive être reportée, dans un souci de protection du patient. Les examens qui remontent à plus de trente jours doivent être de nouveau réalisés lors de l'admission en cas de changement clinique important.

Le patient doit se présenter à jeun lors de l'admission : oui non

Type d'intervention : l'intervention locale (anesthésie locale)
 hôpital de jour
 petite intervention
 intervention majeure (voir p. 11)

Si le patient souffre d'allergie au latex, le médecin qui traite le patient doit en être informé le plus rapidement possible.

Veillez effectuer un dépistage du MRSA si le patient séjourne dans une maison de repos ou une institution de soins ou s'il a déjà été positif lors d'admissions précédentes.

Informations préopératoires pour le médecin traitant :

En vous remerciant de votre confiance,
Confraternellement vôtre,



cachet

A remplir par le SPÉCIALISTE pour l'INFIRMIÈRE A DOMICILE

- Débuter la prophylaxie des thromboses (selon la prescription ci-jointe)
- Préparer l'abdomen (selon la prescription ci-jointe)
- Prodiguer les soins d'hygiène : bain de lit au savon antiseptique (selon la prescription ci-jointe)
- Autre: -----

- Remarques de l'infirmière à domicile : -----

A remplir par le SPÉCIALISTE pour le SERVICE INFIRMIER

- Tâches en fonction du plan de soins : -----
- Patient à jeun à l'admission
- Radiographie / clichés demandés par le spécialiste

- Débuter l'anticoagulation comme convenu le soir qui précède l'intervention
- Préparer l'intestin comme convenu
- Prise de sang : Test croisé + tests de coagulation
 Labo
- Examen d'urine
- Kinésithérapie respiratoire préopératoire
- Demande de kinésithérapie/ergothérapie post-opératoire
- Contacter le service social lors de l'admission

Informations pour le PATIENT

Vous serez bientôt admis à l'az groeninge. Pour que tout se déroule le mieux et le plus facilement possible, nous avons tout récapitulé pour vous. Ainsi, vous pouvez vous-même vérifier si tout le nécessaire a été fait.

Avant l'admission

- Demandez **vosre chambre à l'avance à l'accueil** de la clinique. Pour ce faire, un formulaire d'admission vous sera remis lors de la consultation.
- Lisez ce livret destiné au patient de la page 4 à la page 9.
- Remplissez la liste des questions préopératoires aux pages 6 à 9. Vous pouvez aussi la remplir avec votre médecin traitant.
- Contacter votre médecin traitant pour la réalisation d'un certain nombre d'exams (page 11). Vous devez apporter les résultats avec vous lors de l'admission à l'hôpital.
- Demandez à votre médecin traitant d'appliquer la stratégie médicamenteuse préopératoire à votre traitement (pages 12 et 13).
- Suivez les règles d'hygiène (voir page 5).
- Il vaut mieux examiner avant l'admission de quelle aide vous aurez besoin. Vous pouvez contacter à l'avance le service social de l'az groeninge pour planifier les soins à prodiguer lors de votre retour à domicile. Votre médecin traitant et la mutuelle peuvent aussi vous donner de plus amples informations à ce propos.

Numéro général de l'az groeninge: 056 63 63 63

Jour de l'admission

- Suivez les règles d'hygiène (voir page 5).
- Si vous êtes opéré le jour de votre admission, vous devez être à jeun. Cela signifie :

POUR LES ADULTES (RÈGLE 2-6)	POUR LES ENFANTS (RÈGLE 2-4-6)
Il est permis de boire un verre d'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention.	Il est permis de boire un verre d'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention.
	L'allaitement au sein est permis jusqu'à 4 heures avant l'intervention.
Pas d'alimentation solide à partir de 6 heures avant l'intervention.	Pas d'alimentation solide (biberon y compris) à partir de 6 heures avant l'intervention.

- Veuillez amener les documents suivants:
 - carte d'identité
 - carte SIS
 - carte du groupe sanguin et des allergies,
 - données de votre mutualité (assurance hospitalisation)
 - le **questionnaire** (complété par vous-même et le médecin généraliste)
 - vos médicaments personnels dans l'emballage d'origine (éventuellement attestation du médecin-conseil)
 - résultat des analyses de laboratoire, ECG, radiographie
 - si vous avez déjà été opéré, vous pouvez apporter des bas anti-phlébites / bas à varices
 - sous-vêtements et pyjama, vêtements faciles à porter
 - chaussures plates, fermées
 - nécessaire de toilette
 - les dispositifs médicaux que vous utilisez chez vous : lunettes, béquilles, canne ...

IL VAUT MIEUX NE PAS APPORTER D'OBJETS DE VALEUR.

Informations pour le PATIENT

Règles d'hygiène

Une bonne hygiène corporelle diminue le risque d'infections.

Quelques points prioritaires:

- Lavez-vous minutieusement (de préférence sous la douche) la veille de l'intervention et le matin du jour de l'intervention. Du savon normal suffit, à moins que votre médecin traitant ne vous donne d'autres instructions.
- Lavez-vous en particulier les aisselles, les plis de la poitrine, les aines, le nombril, le périnée et le sillon interfessier ainsi que les espaces entre les orteils. Rincez-vous bien pour qu'il ne reste pas de savon et séchez-vous avec une nouvelle serviette. Mettez des vêtements propres.
- Lavez-vous aussi les cheveux avec un shampooing normal.
- Brossez-vous les dents.
- Assurez-vous que vos ongles des doigts et des orteils sont coupés court et qu'ils sont propres, qu'ils ne portent pas de vernis à ongle ni d'ongles artificiels.
- Le matin de l'intervention, ne vous maquillez pas et ne n'appliquez pas de lotion pour le corps.
- **Pendant l'opération, vous ne pouvez pas porter de bijoux tels que piercing, bague, collier, montre, bracelet, boucles d'oreille... Vous ne pouvez pas non plus porter de lentilles de contact. Comme pour les autres objets de valeur, il vaut mieux que vous laissiez vos bijoux chez vous.**
- Il vaut mieux que le rasage se fasse à l'hôpital au moyen d'une tondeuse médicale.

RÈGLES D'HYGIÈNE : UNE RÈGLE IMPORTANTE POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Questionnaire PRE-OPERATOIRE pour ADULTES

SERVICE ANESTHESIE

Veillez remplir le plus correctement possible ce questionnaire ainsi que le formulaire d'approbation et veuillez les remettre à l'infirmière en chef ou à l'infirmière responsable de votre unité de soins lors de votre admission, afin de nous permettre de vous prodiguer les meilleurs soins adaptés à votre état de santé pendant l'anesthésie. Si vous n'êtes pas en mesure de remplir le questionnaire vous-même, nous prions les personnes qui vous accompagnent de le faire à votre place.

Nom: _____ Prénom: _____	Intervention prévue: <input type="checkbox"/> Droite / <input type="checkbox"/> Gauche
Date de naissance: _____	_____
Taille: _____ cm Poids: _____ kg	_____
Groupe sanguin: _____ Médecin de famille: _____	Chirurgien: _____

! ETES-VOUS ALLERGIQUE AU LATEX (PAR EXEMPLE DES GANTS EN CAOUTCHOUC) ? OUI NON
SI "OUI", INFORMEZ-EN VOTRE MÉDECIN TRAITANT À AZ GROENINGE. !

Avez-vous déjà été opéré par le passé sous anesthésie générale ou partielle? OUI NON
 Si oui, en quelle année et pour quelles interventions?

En: _____ Pour: _____

En: _____ Pour: _____

En: _____ Pour: _____

En: _____ Pour: _____

Quand avez-vous subi la dernière intervention dans notre hôpital? En: _____

Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà eu des problèmes pendant l'anesthésie? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: _____

Avez-vous réagi de façon particulière lors d'une anesthésie précédente? OUI NON

Si tel était le cas, décrivez très clairement de quelle réaction il s'agissait: _____

Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou vous arrive-t-il d'avoir mal dans la région du coeur? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: _____

Souffrez-vous de baisses ou de hausses de tension? OUI NON

Quelle est en moyenne votre tension artérielle? _____ / _____

Etes-vous vite à court de souffle ou êtes-vous oppressé pendant un effort? OUI NON

Souffrez-vous parfois de gonflement des pieds et des jambes? OUI NON

Avez-vous des varices? OUI NON

Avez-vous déjà eu une phlébite? OUI NON

Si oui, en quelle année? _____

Avez-vous des problèmes respiratoires, de l'asthme ou souffrez-vous de bronchite chronique? OUI NON

Si oui, décrivez de façon précise: _____

Avez-vous déjà eu une maladie gastrique? OUI NON

Etes-vous diabétique? OUI NON
 Si tel est le cas, veuillez mentionner les médicaments que vous prenez: _____

Prenez-vous de l'insuline? OUI NON
 Donnez nom/sorte - dosage et horaire d'utilisation: _____

Etes-vous actuellement en traitement pour une maladie nerveuse? OUI NON
 Si oui, décrivez de façon précise: _____

Etes-vous actuellement en traitement pour une affection aux yeux? OUI NON
 Si oui, décrivez de façon précise: _____

Avez-vous eu la grippe dernièrement? (le dernier mois) OUI NON

Avez-vous été enrhumé récemment? OUI NON

Cette question est uniquement destinée aux femmes de moins de 50 ans.
 Êtes-vous enceinte ? OUI NON

Avez-vous ou avez-vous eu une hépatite ? OUI NON

Etes-vous positif pour le VIH (séropositif) ? OUI NON

Avez-vous une autre maladie qui n'est pas mentionné ici ? OUI NON
 Dans l'affirmative, donnez une description précise : _____

Prenez-vous des médicaments? OUI NON

Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous le plus complètement possible. Si vous êtes dans une institution (maison de repos ou institution de soins...), ajoutez la fiche médicamenteuse de l'institution.

Schéma médicamenteux Date: / /	Posologie	Déjeuner	Repas de midi	Repas du soir	Coucher	Remarques
		heure	heure	heure	heure	
1/ Dafalgan 500mg co	3 x1/d					uniquement comme exemple
2/						
3/						
4/						
5/						
6/						
7/						
8/						
9/						
10/						
11/						
12/						
13/						
14/						

N'oubliez pas :

anticoagulants, médicaments « pour le sucre », somnifères, antidouleurs, puffs, patchs médicamenteux, gouttes oculaires, préparations hormonales, remèdes contre les troubles gastriques, injections, pommades ...
 Vitamines et/ou autres suppléments alimentaires, herbes officinales, médicaments homéopathiques ...

Fumez-vous? OUI NON
 Si oui, combien de cigarettes par jour? _____ par jour

Buvez-vous de l'alcool? Combien par jour? _____ par jour OUI NON

Prenez-vous de la drogue? OUI NON

Est-ce-que les saignements durent longtemps après une blessure ou une extraction de dent? OUI NON

Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine par le passé? OUI NON
Si tel était le cas, décrivez de façon précise en quelles circonstances et quand la transfusion a eu lieu.

Avez-vous présente une réaction lors de la dernière transfusion ou lors d'une précédente? OUI NON
Si tel était le cas, décrivez de façon précise: -----

Portez-vous une prothèse dentaire ou avez-vous les dents qui bougent? OUI NON

Portez-vous: - des verres de contact? OUI NON
- un appareil auditif? OUI NON

Est-ce qu'on vous a jamais implante une prothèse? OUI NON

Etes-vous limite dans certains mouvements qui n'ont aucun rapport avec l'opération? OUI NON
Si oui, décrivez de façon précise: -----

Y-a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas et auxquels vous êtes allergique? OUI NON
Si oui, décrivez de façon précise: -----

Etes-vous allergique au latex (par exemple des gants en caoutchouc)? OUI NON

Etes-vous allergique a certains fruits/légumes comme p.ex. banane, kiwi, avocat, fruits tropicaux, tomates ...? OUI NON

Est-ce que votre peau est sensible au sparadrap (= bande adhésive) ou a certains désinfectants? OUI NON
Si oui, décrivez de façon précise: -----

Si vous avez des remarques complémentaires, veuillez les noter ci-dessous.

**Si vous prenez de l'Aspirine, du Plavix ou du Ticlid: consultez votre médecin
6 heures avant l'opération, ne plus rien manger (y inclus les bonbons), ni boire, ni fumer.**

Ce questionnaire a été rempli:

- par le patient
- par le médecin de famille
- par le médecin-spécialiste
- par le patient avec l'aide de l'infirmière

Si vous désirez voir un anesthésiste lors d'une consultation
préalable, vous pouvez le contacter:
t. 056 63 30 35
t. 056 63 30 30

FORMULAIRE D'APPROBATION

Je, soussigné _____ accepte devoir subir une intervention chirurgicale et
donne l'autorisation pour une anesthésie générale ou partielle. Je suivrai strictement les instructions relatives aux soins pre- et
postopératoires.

- Je donne mon consentement pour une transfusion de produits sanguins si c'est nécessaire d'un point de vue médical (barrer
en absence d'accord)

-Je donne mon consentement pour l'utilisation de mes données médicales de manière anonyme dans une étude rétrospective
(barrer en absence d'accord)

J'ai soigneusement rempli le questionnaire préopératoire et j'ai bien compris toutes les questions.

Je serai parfaitement a jeun avant l'opération. J'ai compris que le jour de l'opération c.a.d. a partir de minuit, il est défendu
de manger, de boire et de fumer. Le matin de l'intervention, je ne prendrai aucun médicament, sauf si prescrit par le médecin
traitant.

Je suis également au courant que je ne peux quitter l'hôpital sans accompagnement. Mon accompagnateur sera
_____ n° téléphone ___ / _____

Les premières 24 heures après l'intervention, je ne peux pas conduire une voiture, un vélomoteur ou un vélo, ni actionner des
machines. Je ne consommerai pas de boissons alcoolisées les premières 24 heures après l'intervention. Il y aura une personne
à la maison les premières 24 heures après l'opération. Je ne signerai pas de documents officiels et ne prendrai pas de décisions
importantes les premiers 24 heures après l'opération.

Je me déclare d'accord pour une prolongation éventuelle de mon hospitalisation, si cela devait s'avérer nécessaire.

Date: ___ / ___ / _____ Signature: _____

Pour le MEDECIN TRAITANT: checklist préparation pré-opératoire

Questionnaire rempli? OUI NON

Anamnèse (données importantes pas encore mentionnées dans le questionnaire) OUI NON

Laboratoire: groupe sanguin: _____ Anticorps connus? OUI NON

Examen clinique: données importantes:

Cardial et hemodynamique _____

Respiratoire _____

Gastro-intestinal/abdominal _____

Urogenital _____

Neurologique _____

Orthopedie/système locomoteur _____

Autres _____

Classification ASA: I II III IV

(voir p. 11 of site az groeninge)

Examens pré-opératoires (anamnèse, examen clinique) voir p. 11

ECG OUI NON

Radiographie du thorax OUI NON

Investigations laboratoires OUI NON

Tests spécifiques _____

(Veuillez remettre les résultats au patient le jour de l'admission.)

Medicatie-afspraak

Selon le schéma ci-inclus : voir pages 12 et 13

A jeun (en cas de chirurgie non urgente) :

POUR LES ADULTES (RÈGLE 2-6)	POUR LES ENFANTS (RÈGLE 2-4-6)
Il est permis de boire un verre d'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention.	Il est permis de boire un verre d'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention.
	L'allaitement au sein est permis jusqu'à 4 heures avant l'intervention.
Pas d'alimentation solide à partir de 6 heures avant l'intervention.	Pas d'alimentation solide (biberon y compris) à partir de 6 heures avant l'intervention.

Soins de proximité

Le patient rentre après l'opération

- à la maison OUI NON

- dans sa famille et/ou organisation d'accueil OUI NON

nom: _____ téléphone: _____

Identification du medecin traitant (cachet et signature)

Informations pour le MÉDECIN TRAITANT

Règles pour les examens préopératoires à effectuer par le médecin traitant.

Veuillez noter la classe ASA (voir le tableau ci-inclus).

Recherchez les examens préopératoires correspondants dans le tableau pour la classe et le type.

Remplissez le score dans la liste des questions préopératoires.

Classification	Age	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
			Patient normal en bonne santé	Patient présentant une légère affection systémique	Patient présentant une affection systémique invalidante qui limite l'activité normale
		<input type="checkbox"/> personne en bonne santé avec une bonne tolérance à l'effort	<input type="checkbox"/> hypertension bien maîtrisée <input type="checkbox"/> diabète bien contrôlé <input type="checkbox"/> légère obésité <input type="checkbox"/> anémie <input type="checkbox"/> légère bronchite chronique	<input type="checkbox"/> hypertension grave non maîtrisée <input type="checkbox"/> diabète non contrôlé ou déréglé <input type="checkbox"/> obésité morbide <input type="checkbox"/> angor modéré <input type="checkbox"/> début de décompensation cardiaque	<input type="checkbox"/> angor au repos <input type="checkbox"/> insuffisance pulmonaire <input type="checkbox"/> insuffisance rénale <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> insuffisance hépatique
Anesthésie locale par le chirurgien		Non nécessaire, suivant ce qui est convenu avec le chirurgien		Non nécessaire, suivant ce qui est convenu avec le chirurgien	
Hôpital de jour	< 55 ans			labo - ECG - cardiopulmonaire	
	> 55 ans	ECG		labo - ECG - cardiopulmonaire	
Petite intervention	< 55 ans			labo - ECG - cardiopulmonaire	
	> 55 ans	ECG		labo - ECG - cardiopulmonaire	
Intervention majeure*		labo - ECG - cardiopulmonaire		labo - ECG - cardiopulmonaire	

Description des examens

Labo: complet (Hb, Htc, numération des globules rouges, numération des leucocytes, plaquettes), **ionogramme** (Na, K, Cl), **glycémie, fonction rénale** (urée, créat.), **coagulation** (PTT)

ECG: ECG protocolé

Cardio-pulmonaire : examen clinique avec rapport par le médecin traitant ou par l'interniste (cardiologue, pneumologue)

RX thorax : uniquement sur indication clinique (par ex. insuffisance cardiaque, BPCO ...)

* Intervention majeure = intervention dont la durée prévue dépasse 3 heures
 = interventions avec perte de sang > 30% du volume circulant

- Chirurgie vasculaire : toutes les interventions vasculaires artérielles
- Chirurgie thoracique : toutes les interventions intrathoraciques
- Chirurgie abdominale : toutes les grosses interventions intra-abdominales (estomac, foie, pancréas, intestin grêle, côlon, rectosigmoïde...)
- Urologie : prostatectomie radicale, cystoprostatectomie, néphrectomie
- Orthopédie : prothèse de hanche et de genou, chirurgie de révision, chirurgie de la colonne vertébrale, sauf hernie discale
- Gynécologie : hystérectomie abdominale et radicale (Wertheim), chirurgie de réduction tumorale
- ORL et chirurgie maxillo-faciale : laryngectomie, glande thyroïde, glande parathyroïde, toute chirurgie oncologique
- Neurochirurgie : toutes les interventions intracrâniennes, chirurgie sur la colonne vertébrale, sauf hernie discale

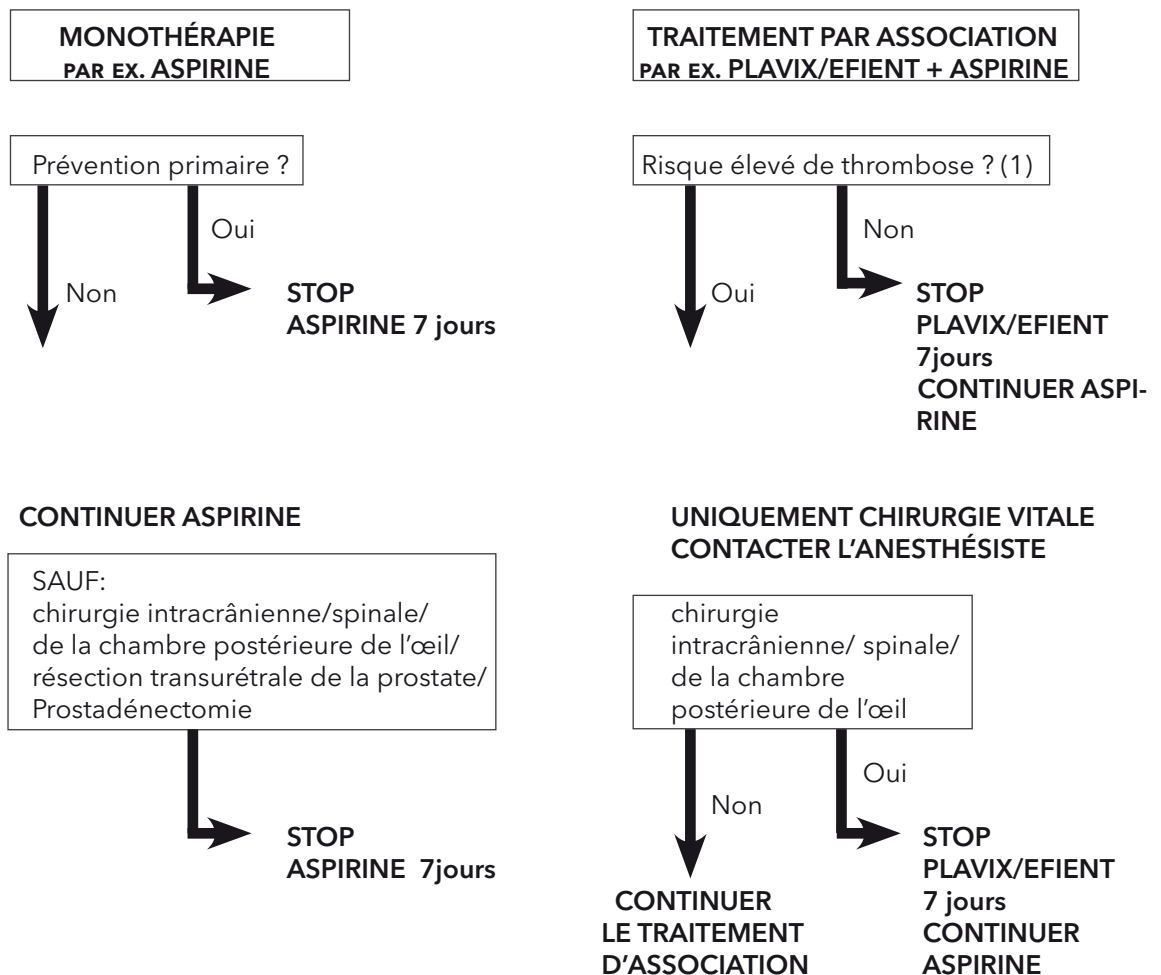
Information pour le MEDECIN TRAITANT

Lignes directrices pour la stratégie médicamenteuse préopératoire en vue d'une bonne préparation du patient.

Continuer à prendre tous les médicaments jusqu'au matin de l'intervention y compris (avec une petite gorgée d'eau) sauf :

- 1) **Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine :** à arrêter 24 heures avant l'intervention.
- 2) **IMAO (phénelzine, moclobémide) :** arrêter 1 semaine avant l'intervention.
- 3) **Diurétiques :** pas de diurétiques le jour de l'intervention.
- 4) **Antidiabétiques oraux :**
 - dernière dose le soir avant l'intervention
 - arrêter la metformine 24 heures avant l'intervention
- 5) **Insuline :**
 - Insulines biphasiques (Mixtard 30, Humuline 30/70, Humalog mix, Novo mix ...) : une demi-dose le jour de l'intervention
 - Insulines à action rapide : pas d'insuline le jour de l'intervention
- 6) **Anticoagulants et anti-agrégants :** voir les schémas ci-dessous

SCHÉMAS POUR LES ANTICOAGULANTS ET LES ANTI-AGGRÉGANTS



REMARQUE :

(1) RISQUE ELEVE DE THROMBOSE :

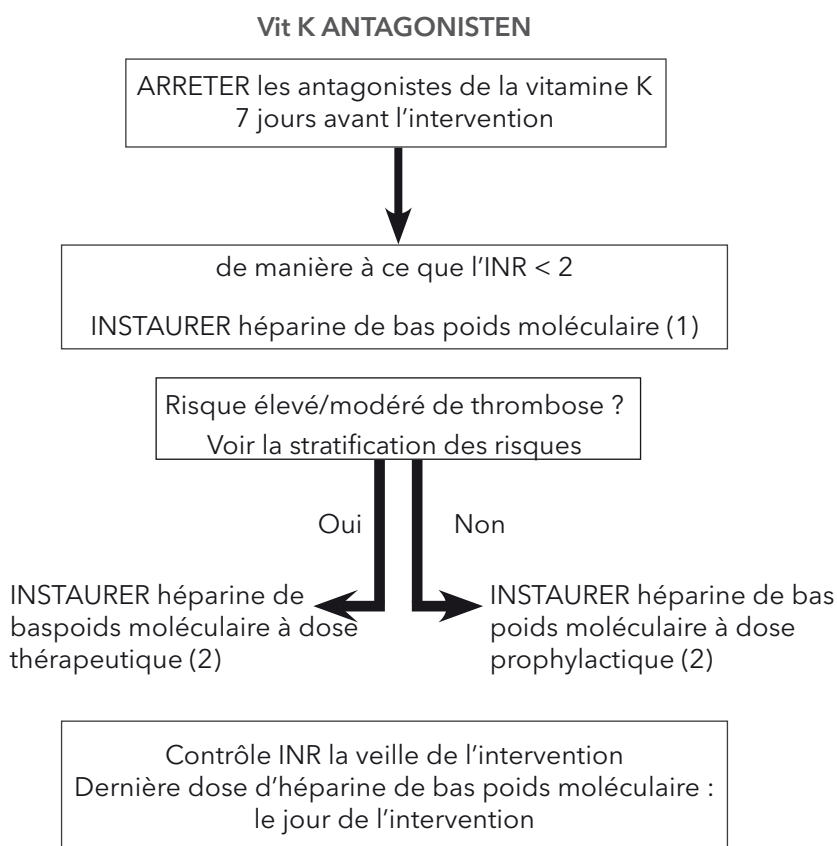
< 6 semaines après infarctus myocardique aigu, intervention coronaire percutanée, accident vasculaire cérébral, stent métallique nu

< 12 mois après endoprothèse à élution médicamenteuse

STRATIFICATION DES RISQUES lors de l'utilisation d'antagonistes de la vitamine K

RISQUE MODÉRÉ/ÉLEVÉ DE THROMBOSE

- Toutes les valves artificielles
- AVC/AIT < 6 mois
- Fibrillation auriculaire avec score de CHADS2 > 2
score de CHADS2: décompensation cardiaque congestive, Hypertension,
Age > 75 ans, Diabète, AVC
- Thrombose veineuse profonde < 12 mois, Thrombose veineuse profonde récurrente, affections thrombogènes (déficit en protéine C / déficit en protéine S, malignité active ...)



REMARQUE :

(1) **N'utilisez pas d'héparines de bas poids moléculaire à longue durée d'action**

(2) **Dose prophylactique :**

Fraxiparine 0,05 ml/10 kg 1 x par jour SC

Clexane 0,5 mg/kg 1 x par jour SC

Dose thérapeutique :

Fraxiparine 0,1 ml/10 kg 2 x par jour SC

Clexane 1 mg/kg 2 x par jour SC

Diminuer la dose de moitié en cas d'insuffisance rénale (taux de filtration glomérulaire < 30 ml/min)

Profil de risque à remplir par le MEDECIN TRAITANT ou l'INFIRMIÈRE A DOMICILE pour le SERVICE SOCIAL

Cet instrument mesure la fonctionnalité et la probabilité de réadmission à l'hôpital ou d'admission dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos.

Pour certains patients à risque, il vaut mieux commencer le plus tôt possible la mise en place du plan de sortie. **Ce plan de sortie a pour but de faire rentrer les patients à domicile dans de bonnes conditions.**

Décisions

- **Etablir le score chez tout patient âgé d'au moins 65 ans.**
- Il s'agit de la situation du patient **avant l'hospitalisation.**
- Le score peut être établi **par le médecin traitant ou l'infirmière à domicile.**
- **Encercler** ce qui convient.
- Calculer le score total en additionnant le nombre de réponses « oui » : c'est-à-dire minimum 0 et maximum 6.
- Si le score total est **≥ 2 : prendre des mesures avant l'admission.**

	Profil de risque gériatrique	OUI	NON
1	Présence d'un trouble cognitif (par ex. désorientation, démence, délire)	2	0
2	Vit seul ou pas d'aide possible du conjoint ou de la famille habitant avec lui	1	0
3	Difficultés à la marche / lors des transferts ou incidents au cours des 6 derniers mois	1	0
4	Hospitalisation au cours des 3 derniers mois	1	0
5	Utilisation de ≥ 5 médicaments	1	0
	Score total		

En cas de score total ≥ 2 et en cas de demande d'aide lors de la sortie ou d'un accueil lors de la sortie, il vaut mieux, avant l'admission, prendre contact avec le service social de l'az groeninge :

056 63 63 63 (numéro général az groeninge)

Vous pouvez aussi éventuellement prendre contact avec le service social de votre mutualité.

Contact pris avant l'admission : oui non

Pour le service : s'il existe déjà une coopération avec l'équipe de soutien gériatrique et si le score total est > 2 et que le patient est âgé de plus de 75 ans :

→ contacter l'équipe de soutien gériatrique **lors de l'admission** (056 63 32 25 ou 056 63 32 27 ou azgeriatischsupportteam@azgroeninge.be)

A remplir par le patient

DECLARATION DE CONSENTEMENT

Soussigné

Étiquette du patient

Je, soussigné,

[en qualité de représentant (légal/mandaté)

du mineur et/ou incapable de s'exprimer]

confirme par la présente à propos de _____ [type d'intervention]

par le Dr _____ le _____ avoir été informé en langage

compréhensible à propos des points suivants :

- **diagnostic** posé
- nature (technique opératoire) et but de **l'intervention** proposée
- **précautions** à prendre en fonction de l'intervention
- **complications et effets indésirables** possibles de l'intervention
- **alternatives** à l'intervention
- **examens** pré et postopératoires nécessaires

On m'a laissé assez de temps pour poser toutes mes questions, qui ont toutes reçu une réponse dont je suis satisfait.

En signant de formulaire de consentement, je reconnais donc disposer de toutes les informations que j'estime souhaitables pour pouvoir prendre en toute liberté la décision bien réfléchie de subir l'intervention.

Je suis prêt à m'en tenir strictement aux recommandations du médecin qui me traite afin que 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 qui me traitent, de l'équipe infirmière et de moi-même, on ne peut m'offrir de garantie absolue de succès.

En cas de nécessité médicale impérieuse, je donne mon accord pour que soient effectués d'autres actes médicaux que l'intervention prévue.

Fait à _____

Signature du patient ou du représentant

Signature, nom et cachet du médecin

Précédée de la mention lu et approuvé

Ce livret fait partie du dossier du patient et doit être scanné pour y être inclus.