

**Livret d'Entrée Patient**

Avant un examen ou une intervention de radiologie cardio-vasculaire  
sous anesthésie locale et/ou générale

**CORONAROGRAPHIE / ANGIOPLASTIE**

**DOCUMENT A RAPPORTER IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉ ET  
SIGNÉ POUR LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE. DANS  
LE CAS CONTRAIRE, LA CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE  
NE POURRA PAS AVOIR LIEU.**

Nom de naissance :  
Nom d'usage :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Age :

*Étiquette patient*

**Identification  
du patient**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Examen / Intervention : ..... Date de l'examen / intervention : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Adresse mail : .....  
Pharmacie habituelle : .....  
Médecin traitant : .....  
Médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue...) : .....

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à numériser ma pièce d'identité pour l'insérer dans mon dossier patient informatisé (identitovigilance).**

**Représentant  
du patient ou  
d'un majeur  
sous tutelle**

**A compléter si le patient est dans l'impossibilité de renseigner ce livret, et/ou de recevoir l'information :**

**Identification du  représentant /  tuteur<sup>(1)</sup> du patient :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec le patient : .....  
Tél. : .....

**Signature du représentant  
ou tuteur du patient**

<sup>(1)</sup> : une copie de la pièce d'identité du tuteur ainsi que la copie de la décision de placement sous tutelle sera conservée dans le dossier patient.

**Transmissions  
des  
informations de  
santé**

**Je demande  Je refuse  que les informations concernant mon état de santé soient communiquées à mon Médecin traitant et/ou au Médecin de mon choix désigné ci-après :**

Nom et prénom du Médecin traitant : ..... Nom et prénom du Médecin de mon choix : .....  
Adresse : ..... Adresse : .....  
Tél. : ..... Tél. : .....

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à contacter, en cas de nécessité médicale, mes proches ou plus précisément la ou les personne(s) ci-après désignée(s) et que les informations concernant mon état de santé leur soient communiquées :**

Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....  
Lien avec le patient : ..... Lien avec le patient : .....  
Tél. : ..... Tél. : .....

**J'autorise  Je n'autorise pas  dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, que certaines informations de santé me concernant soient communiquées à mes ayants droit en cas de décès.**

**J'autorise  Je n'autorise pas  l'établissement à déposer dans mon Dossier Médical Partagé (DMP) et/ou dans mon Espace Santé les documents relatifs à mon hospitalisation (comptes rendus d'hospitalisation ou opératoire, résultats d'analyses importants, ordonnance de sortie...)**

**Non  
divulgation de  
présence**

**Je souhaite ne pas divulguer ma présence** au sein de votre établissement et conserver mon anonymat.

**Personnes à  
prévenir**

**J'autorise** l'établissement à prévenir, en cas de nécessité, la ou les personne(s) ci-après désignée(s) :

Nom, prénom : ..... Nom, prénom : .....

Lien avec le patient : ..... Lien avec le patient : .....

Tél. : ..... Tél. : .....

**Désignation de  
la personne de  
confiance**

**Je souhaite désigner une personne de confiance :**

Nom, prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Tél. : .....

Cette personne, légalement capable, est :  un proche  un parent  mon Médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui  non

**Réservé à la personne de confiance :**

Je, soussigné(e), certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à ..... le .....

**Signature de la personne de confiance**

**Je souhaite ne pas désigner une personne de confiance :** je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

**Directives  
anticipées**

**Avez-vous rédigé des directives anticipées ?**  OUI  NON

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Informations données par le Praticien concernant l'examen ou l'intervention de radiologie cardio-vasculaire envisagés

- Suite aux informations orales et écrites données, en accord avec les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 1111-4 et R 4127-36), je vous confirme que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices et des risques inhérents à tout examen et/ou intervention\* s'effectuant sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. S'y ajoutent un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie, aux traitements suivis ou réalisés mais également à des réactions individuelles imprévisibles.

- J'atteste que vous m'avez clairement informé(e) des bénéfices attendus et des risques particuliers liés à l'examen et/ou à l'intervention suivants (selon les informations contenues dans le « Livret d'Information patient ») :

\*Si l'examen et/ou l'intervention vous sont proposés en chirurgie ambulatoire, acceptez-vous ce type de prise en charge, après avoir été informé des modalités particulières d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ?  oui  non

- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser librement toutes les questions concernant cet examen et/ou intervention ainsi que les complications possibles et que j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité dans la durée de l'examen et/ou de l'intervention, dans les variations anatomiques, dans les cicatrises ; ainsi que dans l'existence de risques exceptionnels, voire même inconnus.

- J'ai également été informé qu'au cours de l'examen et/ou de l'intervention et des soins suivants cet examen et/ou intervention, l'anesthésiste et vous-même pouvez vous trouver face à une maladie ou un événement imprévu imposant des actes et/ou des examens complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et je vous autorise ainsi que l'anesthésiste à effectuer tout acte et/ou examen que vous estimerez nécessaires dans ce contexte, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

- Je reconnais que, d'un commun accord, nous sommes convenus **d'un délai minimum à respecter entre la consultation et l'examen et/ou l'intervention prévus** et que dans cet intervalle, vous êtes à ma disposition pour répondre à toute interrogation et à celle de mon médecin traitant.

- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations pré et post-opératoire et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez en pré et en post-opératoire.

- J'atteste avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le « Livret d'Information Patient ».

Je, soussigné(e),

- Déclare ne pas ignorer que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité du contrat Médecin – Patient qui nous lie lors de cet examen et/ou intervention
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations portées sur le questionnaire médical, ceci avec l'aide éventuelle de mon médecin traitant si nécessaire
- Certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon examen et/ou intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécutés en toute sécurité
- Autorise le Dr ..... à pratiquer l'examen et/ou l'intervention prévus dans les conditions ci-dessus

Fait à ....., le .....

Signature du Praticien responsable du patient	Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)	CAS PARTICULIER PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE	
		Nom et signature du tuteur du majeur sous tutelle	Nom et signature du majeur sous tutelle (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

## EVALUATION DES RISQUES LIES AUX ATNC (AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS)

Instruction DGS/R13/n°449 du 01/12/2011 et de la circulaire n° DGS/SD5C/DHOS n°435 du 23/09/2005

(A compléter avec le praticien lors de la consultation)

Afin de prévenir et de dépister un éventuel risque de transmission de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob et variante ou EST (Encéphalopathie Spongiforme Transmissible), nous vous prions de répondre au questionnaire suivant, éventuellement avec l'aide de votre médecin.

1. Avez-vous été traité pour des troubles de la croissance par des injections d'hormone de croissance d'origine humaine ? oui  non
2. Avez-vous subi une intervention avec greffe de dure-mère d'origine humaine ? oui  non
3. Un membre de votre famille génétique a-t-il été atteint d'une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible liée à une mutation codant la PrP ? oui  non
4. Avez-vous été identifié comme ayant reçu des produits sanguins labiles d'un donneur reconnu a posteriori comme atteints de la variante-MCJ ?  oui  non

\*Si réponse oui à la question n°4, tous les actes invasifs seront considérés comme à risque vis-à-vis des ATNC

Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.  Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant

Partie réservée au praticien sur le risque ATNC :	PNSNA <input type="checkbox"/> Patients Ni Suspects Ni Atteints regroupant les patients sans caractéristique particulière et ceux ayant répondu positivement aux précédentes questions sans confirmation de la suspicion d'EST	PSA <input type="checkbox"/> Patients Suspects ou Atteints Si confirmation de la suspicion par un examen neuropathologique
---	--	--

Nom et signature du Praticien responsable du patient

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ANESTHÉSIQUE

*Informations données par le Médecin Anesthésiste – Réanimateur concernant le type d'anesthésie envisagée  
(A compléter lors de la consultation pré-anesthésique)*

Conformément à l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique, j'ai été clairement informé(e) par le « Livret d'Information Patient » des avantages et des risques des différentes modalités d'anesthésie.

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr ....., j'ai été informé(e) plus particulièrement sur les modalités d'anesthésie proposées pour mon examen et/ou intervention mentionnés ci-dessus, ainsi que sur les risques et les complications possibles liés à cette anesthésie.

J'ai été informé(e) que le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et qu'il est d'autant plus grand si ma dentition est fragile.

Je certifie ne pas avoir dissimulé d'éléments nécessaires aux médecins pour apprécier les risques afin que mon examen et/ou intervention sous anesthésie locale, locorégionale ou générale puisse être exécuté en toute sécurité.

J'autorise le Médecin Anesthésiste-Réanimateur à pratiquer cette anesthésie, à effectuer tout acte et tout examen qu'il estimera nécessaire pendant et après l'examen et/ou l'intervention, y compris une transfusion si celle-ci s'avère indispensable.

Fait à ....., le .....

<b>Signature de l'Anesthésiste Réanimateur responsable du patient</b>

<b>Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)</b>

CAS PARTICULIER PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE	
Nom et signature du tuteur du majeur sous tutelle  (précédée de la mention « lu et approuvé »)	Nom et signature du majeur sous tutelle

Patient majeur sous tutelle dans l'impossibilité de signer

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur. Son absence, toutefois, nous contraindrait à différer votre anesthésie.

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Traitements en cours       Aucun traitement en cours

Si vous avez un traitement en cours, complétez le tableau ci-dessous, et n'oubliez pas d'apporter vos ordonnances et vos médicaments dans leurs boîtes le jour de votre entrée.

Noms de vos médicaments et dosage	Forme <small>(comprimés, injectables...)</small>	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres*

\* cas particulier : autre modalité de prise de médicament (en cas de crise, 1 jour par semaine...)

Prenez-vous d'autres médicaments ou compléments alimentaires ? oui  non , si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

# QUESTIONNAIRE ANESTHÉSIE (disponible également en ligne)

**Important : ce questionnaire est indispensable à la consultation pré-anesthésique.**

**Remplissez-le avec soin à domicile ou avec votre médecin traitant**

Poids : ..... Taille : ..... Variation de poids récente :  non  oui

Si oui : Prise de poids : ..... kg depuis : ..... / Perte de poids : ..... kg depuis : .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ DES ALLERGIES ? OUI  NON  , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Produits iodés <input type="checkbox"/> Alimentaires (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Médicaments (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Antibiotiques (précisez) : .....	Types de réactions : <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Intolérances (précisez) : ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
---	---

**MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE : OUI  NON  , si oui précisez :**

<input type="checkbox"/> Hémophilie, maladie de Willebrand <input type="checkbox"/> Myopathie / Myotonie <input type="checkbox"/> Myasthénie	<input type="checkbox"/> Œdème Angio-Neurotique <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
--	---	---

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉ(E) ? OUI  NON**

Si oui, précisez :

**AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES LORS DE PRÉCÉDENTES ANESTHÉSIES ? OUI  NON**

Si oui, précisez : (ex. : vomissements)

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### CARDIAQUES

Hypertension artérielle oui  non   
Infarctus, angine de poitrine oui  non   
Si oui, êtes-vous porteur de stent ? oui  non   
Varices, phlébite, embolie pulmonaire oui  non   
Artérite oui  non   
Troubles du rythme : oui  non   
Si oui :  Tachycardie  FA  Autres (précisez) : .....

### RESPIRATOIRES

Asthme oui  non   
Bronchite chronique oui  non   
Insuffisance respiratoire oui  non   
Apnées du sommeil oui  non   
Si oui, êtes-vous appareillé(e) ? oui  non

### DIGESTIFS

Brûlures d'estomac oui  non   
Ulcère gastrique oui  non   
Hernie hiatale oui  non   
Troubles du transit oui  non   
Si oui :  Constipation  Diarrhée  
Autres, précisez : .....

### URINAIRES, RÉNAUX

Coliques néphrétiques oui  non   
Insuffisance rénale oui  non   
Dialyse oui  non   
Problème de prostate oui  non

### GYNÉCOLOGIQUES

Nombre de grossesses : .....  
Nombre d'accouchements : .....  
Avez-vous eu une péridurale pour votre  
ou vos accouchement(s) ? oui  non   
Date des dernières règles : .....  
Êtes-vous enceinte ? oui  non

### DIVERS

Maladie de Willebrand oui  non   
Hémophilie oui  non   
Glaucome oui  non   
Hépatite B oui  non   
Hépatite C oui  non   
HIV oui  non

### NEUROLOGIQUES

Migraines oui  non   
Épilepsie oui  non   
Accident ischémique transitoire (AIT) oui  non   
Si oui, séquelles ? oui  non   
Si séquelles, précisez : .....  
Accident vasculaire cérébral (AVC) oui  non   
Si oui, séquelles ? oui  non   
Si séquelles, précisez : .....

### SYNDROME DE DÉPRESSION

Syndrome de dépression oui  non

### ENDOCRINIENS

Diabète oui  non   
Si oui, traité par :  Régime  Comprimés  Insuline  
Problème de thyroïde oui  non   
Cholestérol oui  non   
Triglycérides oui  non   
Autres, précisez : .....

### TOXICOLOGIQUES

Tabac oui  non   
Si oui, combien : .....  
Depuis quand ? .....  
Avez-vous arrêté ? oui  non   
Si oui, depuis quand ? .....  
Cigarette électronique oui  non   
Alcool, vin... oui  non   
Si oui, précisez : .....  
Depuis quand ? .....  
Avez-vous arrêté ? oui  non   
Si oui, depuis quand ? .....

Cannabis oui  non   
Si oui, précisez : .....

Autres stupéfiants oui  non   
Si oui, précisez : .....

### AUTRES MALADIES

Si oui, précisez : .....  
.....  
.....  
.....

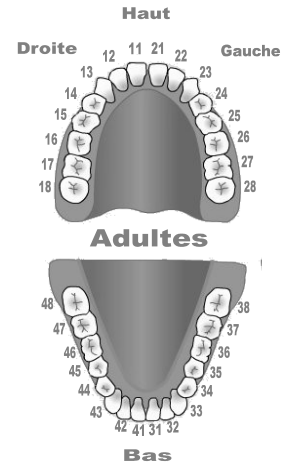
**STATUT TRANSFUSIONNEL**

Avez-vous été transfusé(e) ? oui  non  , si oui, à quelle(s) date(s) ?

**Un bilan sérologique viral pourra être effectué durant votre hospitalisation en cas d'accident d'exposition au sang du personnel**, sauf avis contraire de votre part : VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine ou virus du SIDA*), Hépatite B, Hépatite C. Autorisez-vous ce contrôle ? oui  non  , si non, motif :

**PORTEZ-VOUS DES PROTHÈSES ? OUI  NON**

Lentilles oui  non   
 Prothèse auditive oui  non   
 Autres oui  non  , si oui, lesquelles ? .....



**QUESTIONNAIRE DENTAIRE**

Portez-vous une ou deux prothèses amovibles ? oui  non   
 Si oui, précisez : Partielle :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur  
 Complète :  maxillaire supérieur  maxillaire inférieur  
 Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et doivent-elles requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ? oui  non   
 Si oui, lesquelles ? (entourer la ou les dents concernées sur le schéma ci-contre)  
 Nous vous engageons à effectuer une visite chez votre dentiste afin d'évaluer le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale et d'en informer le Médecin Anesthésiste.

**Auriez-vous quelque chose à signaler qui ne soit pas précisé dans ce questionnaire ?**

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

**Pour une prise en charge en ambulatoire :**  
 Aurez-vous un accompagnant à la sortie de l'établissement et au domicile la nuit qui suit l'intervention ? oui  non   
 Au domicile avez-vous accès à un téléphone fixe ou portable ? oui  non

**Je, soussigné(e), atteste de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations mentionnées dans la rubrique « Questionnaire Anesthésie » pages 5 à 6**

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant**



- **Je, soussigné(e), atteste :**
  - de l'exactitude des informations mentionnées et signées dans ce « Livret d'Entrée Patient », que je rapporterai impérativement pour la consultation pré-anesthésique et qui sera archivé dans mon dossier médical
  - avoir pris connaissance des informations suivantes contenues dans le « Livret d'Information Patient » qui m'a été remis, et que je dois conserver :

**Informations spécifiques**

**Consignes générales avant tout examen et/ou intervention :**

- L'anesthésie
- Le jeûne
- Consignes spécifiques à suivre concernant la chirurgie ambulatoire
- Cas particulier de l'allergie au latex
- La douche préopératoire : prévention des infections nosocomiales
- Informations générales sur la radioprotection ou exposition aux rayonnements ionisants

**Informations complémentaires pour vous aider à renseigner le « Livret d'Entrée Patient » :**

- Identification du patient
- Protection juridique des majeurs protégés
- Titulaires de l'autorité parentale pour un patient mineur
- Demande de non divulgation de présence
- Désignation Personne de confiance / Personne à prévenir

- Directives anticipées
- Consentements éclairés
- Informations générales sur l'anesthésie
- Informations concernant une éventuelle transfusion sanguine et l'administration de médicaments dérivés du sang
- Traitement médicamenteux

**Informations complémentaires en vue de votre examen et/ou intervention :**

- Dossier médical partagé (DMP)
- Accès à votre dossier médical
- Programme de Médicalisation du Système d'Information
- Informations concernant la lutte contre la douleur
- Informations concernant l'interdiction de fumer
- Information sur la prévention des chutes
- Recherche biomédicale
- Don d'organes et de tissus
- Principe de laïcité

**Engagement du patient hospitalisé**

- **Je reconnais avoir été informé(e) des risques liés au contexte épidémique actuel COVID-19 et j'accepte les mesures mises en place par l'établissement.** En cas de refus de me soumettre à ces mesures, mon hospitalisation sera annulée

Fait à .....  
 Le .....

**Nom de naissance et signature du patient ou de son représentant (précédée de la mention « lu et approuvé »)**



**Nous vous remercions du temps consacré à la prise de connaissance des nombreuses informations de ce livret, indispensable à la qualité et la sécurité de votre prise en charge dans notre établissement, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).**