

INFORMATIONS SUR L'ANESTHÉSIE

Ce document est destiné à vous, pour plus d'informations.

Madame, Monsieur,

Pour réussir l'intervention chirurgicale prévue pour vous sans que vous ressentiez des douleurs, nous allons avoir recours à une anesthésie (endormissement). Le type de l'anesthésie dépend du type d'intervention, de l'état de santé général et du souhait des patients. Votre anesthésiste vous informera du déroulement et discutera avec vous du mode d'anesthésie le plus approprié dans votre cas.

Pour éviter toute souffrance au patient, nous connaissons deux principaux types d'anesthésie :

- **Anesthésie générale:** Différents médicaments rendent le patient inconscient et donc insensible à la douleur. La plupart du temps, le recours à la ventilation artificielle est nécessaire, mais sans que vous vous en rendiez compte.
- **Anesthésie partielle:** Il est possible d'endormir différentes parties du corps par une anesthésie locale, selon le même principe que chez le dentiste. Ce signifie qu'après un bref délai vous ne sentez plus rien à cet endroit (chaud-froid, douleur, contact) et, souvent, vous ne pouvez plus bouger cette partie du corps. La durée de l'anesthésie dépend du médicament utilisée, mais en général elle s'arrête après 2 à 6 heures. Les sensations et la mobilité reviennent progressivement. Une « rachianesthésie » (anesthésie rachidienne ou péridurale) consiste à endormir les nerfs qui sortent de la moelle épinière, mais *en aucun cas à piquer dans la moelle épinière*. Vous êtes éveillé pendant l'intervention et pouvez écouter de la musique voir somnoler un peu. Certains patients ne réagissent pas suffisamment à une anesthésie locale de sorte qu'il faut passer à une anesthésie générale.

La sécurité de l'anesthésie est de nos jours très élevée et les risques sont minimes.

Toutes les fonctions vitales de l'organisme sont surveillées en permanence, par ex. activité cardiaque, fonctions circulatoire et respiratoire. Par conséquent, des incidents et complications notables sont très rares avec les procédés d'anesthésie modernes. A mentionner toutefois la possibilité d'infections ou de lésions nerveuses après une anesthésie locale ou comme conséquence de la position lors de l'intervention. Toute responsabilité est exclue pour des dommages dentaires.

Des risques supplémentaires peuvent exister du fait de certaines mesures telles que la pose d'une sonde urinaire ou de certains cathéters vasculaires (cathéter veineux central, cathéters artériels) ou en cas d'administration de sang ou de composants du sang (transfusion sanguine). Les complications liées à ces mesures restent toutefois également très rares.

Des mesures visant à réduire les saignements pendant l'opération permettent de diminuer nettement le besoin de recourir à des transfusions sanguines.

Des troubles pouvant survenir **après l'anesthésie**, mais qui sont plutôt de courte durée, sont un enrouement, des troubles de la déglutition (difficulté à avaler), des nausées et des vomissements (après une anesthésie générale) ou des difficultés à uriner et des maux de tête (après une anesthésie régionale). Ils seront immédiatement traités par des mesures adéquates.

Toute douleur signifie un « stress » pour l'organisme et entraîne, à côté d'une sensation d'inconfort et de souffrance), une charge pour le cœur, la respiration, la circulation et le métabolisme. Un traitement antalgique précoce diminue ce « stress » et permet au patient d'être plus rapidement débarrassé des douleurs. Veuillez signaler rapidement toute douleur à l'infirmière.

Dans l'intérêt de votre sécurité, votre coopération nous sera précieuse!

Pour connaître votre état de santé et vos antécédents médicaux éventuels, nous vous prions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-contre avec grand soin et véracité. Ces informations et d'autres résultats d'examen nous permettront de vous recommander la forme d'anesthésie la plus appropriée dans votre cas.

Veillez noter les points suivants:

1. Ne plus manger ni fumer **6 heures avant l'heure prévue pour l'intervention** (4 heures en cas d'opération de la cataracte). De petites quantités de liquide claire et café noir sont autorisées jusqu'à **2 heures avant l'intervention**. Il s'agit là de diminuer le risque de vomissements ou de fausses routes pendant l'opération.

Des directives spécifiques s'appliquent aux enfants: Le médecin qui demande l'hospitalisation ou l'anesthésiste de garde (tél. + 41 (0) 41 784 03 33) vous fournira toutes les informations à ce sujet.

2. Veuillez informer l'anesthésiste en cas d'apparition brusque de maladies avec de la fièvre, des rhinites, toux, douleurs de la gorge, etc.
3. Veuillez signaler toute dent artificielle, qui bouge ou qui est endommagée à l'anesthésiste. Le retrait de prothèses dentaires est uniquement nécessaire en cas d'anesthésies générales.
4. Après une **intervention en ambulatoire**, vous devez rester encore 2 à 6 heures environ à l'hôpital. Faites vous reconduire à la maison par quelqu'un de votre famille ou un taxi. Assurez-vous au préalable de la présence d'une personne à votre domicile. Les effets postérieurs à l'anesthésie diminuent votre réactivité: vous ne devez pas conduire de véhicule, opérer de machine ni boire de l'alcool.
5. Différents médicaments **qui contiennent de l'acide acétylsalicylique** (Aspirine, Alka-C, Aspro, Alka-Seltzer, Plavix, Treupel, Togal ou Contraschmerz) augmentent le risque d'hémorragie. Dans certains cas, ces médicaments doivent être arrêtés avant l'intervention chirurgicale prévue. Veuillez en parler avec votre **médecin traitant**.

L'alternative en cas de douleurs ou d'états fiévreux consiste à prendre des médicaments **contenant du paracétamol** (Benuron, Dafalgan, Panadol, Acetalgin) ou Tonopan en cas de maux de tête.

En cas de questions et/ou incertitudes, l'anesthésiste de garde est à votre disposition (tél. +41 (0) 41 784 03 33).

Vous pouvez découper cette page si vous souhaitez conserver ces informations.



QUESTIONNAIRE PATIENT

Ce document s'il vous plaît remplir retour.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____ Taille : _____

Opération : _____ Date : _____

1. Êtes-vous suivi par un médecin? oui non
Si oui, pour quelle maladie? _____

2. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Quelles opérations et quand? oui non
a) _____
b) _____
c) _____

3. Y a-t-il eu des événements particuliers lors de l'opération ou l'anesthésie? oui non

4. Est-ce que des parents par le sang ont connu des incidents liés à l'anesthésie? oui non

5. Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine? oui non
Y a-t-il eu des complications? _____ oui non

6. Quels médicaments prenez-vous actuellement?

7. Avez-vous des allergies contre des médicaments, pansements adhésifs, aliments? oui non
Lesquels? _____

Souffrez-vous du rhume des foins (rhinite allergique)? oui non

8. Êtes-vous enceinte? oui non

9. Portez-vous des prothèses dentaires (implants, couronnes, bridges, dentiers amovibles)? oui non

Avez-vous des dents qui bougent? oui non

10. Fumez-vous régulièrement? oui non
Si oui : nombre de cigarettes par jour : _____

11. Buvez-vous régulièrement de l'alcool? oui non

12. Prenez-vous des drogues? Des somnifères? Des antalgiques? oui non
Lesquels? _____

13. Portez-vous un appareil auditif? oui non

... suite

Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ? (Veuillez souligner les réponses correspondantes!)

- | | | |
|--|--|--|
| 14. Maladies cardiaques (par ex. infarctus, Angina pectoris, anomalie cardiaque, difficulté à respirer lors de la montée d'un escalier, inflammation du muscle cardiaque, troubles du rythme cardiaque)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 15. Maladies circulatoires et vasculaires (par ex. hypotension ou hypertension artérielle, troubles de la circulation sanguine, thrombose, varices)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 16. Maladies pulmonaires, asthme, bronchite, toux chronique, tuberculose? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 17. Maladies rénales, infections chroniques des reins ou de la vessie? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 18. Maladies hépatiques (par ex. jaunisse, fibrose du foie)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 19. Maladies gastro-intestinales, ulcère de l'estomac, reflux gastrique, vomissements fréquents? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 20. Maladies du métabolisme (par ex. diabète, intolérance au fructose)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 21. Maladies thyroïdiennes (par ex. hyperthyroïdie ou hypothyroïdie, goitre)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 22. Troubles psychiques ou nerveux, dépression, épilepsie, paralysies? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 23. Souffrez-vous fréquemment de maux de tête, de migraines ou de mal au dos? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 24. Maladies du sang ou troubles de la coagulation du sang (par ex. tendance aux hématomes, saignements accrus après des soins dentaires ou des opérations antérieures)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 25. Maladies musculaires ou faiblesse musculaire?
Existe-t-il des maladies ou faiblesses musculaires chez vos parents de sang? | <input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> non |
| 26. D'autres maladies non mentionnées?
Lesquelles? _____ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Questionnaire sur l'état de santé

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 27. Pouvez-vous pratiquer une activité sportive légère (faire du vélo, de la marche)? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 28. Pouvez-vous monter les escaliers de 1 ou 2 étages? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 29. Pouvez-vous effectuer des tâches ménagères légères? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 30. Avez-vous le souffle court au quotidien?
Si oui, pendant quelle activité? _____ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 31. Éprouvez des troubles cardiaques au quotidien ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Déclaration de consentement

J'ai parlé avec le médecin anesthésiste de la procédure d'anesthésie et de ses risques et j'accepte le traitement anesthésique.

Date: _____ Signature: _____

Informations fournies au patient le _____

Signature de l'anesthésiste _____