

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chirurgien : .....

Type d'intervention : ..... Côté (s'il y a lieu) .....

Intervention prévue le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à 

--	--

 h 

--

Hospitalisation complète  Ambulatoire

## D O S S I E R D E P R E - A D M I S S I O N

Avant votre intervention, nous vous demandons de bien vouloir :

- Réaliser votre pré-admission** avec une pièce d'identité, vos cartes mutuelle/vitale et les documents relatifs à votre hospitalisation.

Entre 10h30 et 12h30 ou entre 13h30 et 18h les lundis, mardis et jeudis.

Entre 9h et 12h30 ou entre 13h30 et 16h30 les mercredis et vendredis.



- Réaliser les examens pré-opératoires** demandés par votre chirurgien ou par l'anesthésiste :

**bilan biologique** Clinique Chantecler : 04 91 66 48 52

**bilan cardiologique** Clinique Chantecler : 04 91 21 06 08

Centre médical de la Rose : 04 91 70 18 16

Centre médical de Plan de Cuques : 04 91 07 07 08

**radiologie** : 04 91 21 06 13

**scanner** : 04 91 61 10 09

- Réaliser votre consultation d'anesthésie** au minimum **48h avant**.

Veuillez apporter vos examens réalisés ainsi que votre ordonnance de ville.

Prenez rendez-vous au 04 91 21 06 08 entre 10 h à 18 h.

**Attention, ce livret est à compléter et à rapporter impérativement pour la consultation d'anesthésie, et lors de votre hospitalisation.**

*Il sera inséré dans votre dossier patient.*



**Vous devez impérativement remplir ce dossier et signer toutes les pages**

**Madame, Mademoiselle, Monsieur,**

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) à la Clinique Chantecler.

Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

**Vous devrez lire et compléter** les différents documents composants ce livret ; ils sont indispensables pour votre admission dans notre établissement. Il est essentiel de **ramener ce livret complété et signé** lors de votre consultation pré-anesthésique (qui doit avoir lieu au minimum 48 h avant l'intervention).

Nous souhaitons que ce dossier contribue à renforcer votre confiance quant à la qualité et la sécurité des soins qui vous seront dispensés.

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom (marital) : .....(de jeune fille) : .....

Prénoms : ..... Sexe :  F  M

Né(e) le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 à ..... Nationalité .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (veuve)

Profession : .....

Adresse : .....

..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

Adresse du Médecin traitant : .....

Autres spécialistes : .....

Personnes à prévenir :

Nom : .....

Lien de parenté : ..... Tél. : .....

En cas d'hospitalisation ambulatoire, nom, prénom et téléphone de la personne chargée du retour à domicile

Nom / Prénom ..... Tél. : .....

le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :



# PERSONNE DE CONFIANCE

## FICHE DE DÉSIGNATION

**IMPORTANT** : En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### Je soussigné(e),

Nom (marital) : .....(de jeune fille) : .....

Prénoms : .....

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur     Madame     Mademoiselle

Nom (marital) : .....(de jeune fille) : .....

Prénoms : .....

Date 

--	--	--	--	--	--

 et Lieu naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone (s) : .....

Fax : ..... E-mail : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :  Un proche     Un parent     Mon médecin traitant

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

**J'ai été informé(e) que cette fiche vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette décision à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.**

Fait à ..... Signature du patient :

Le 

--	--	--	--	--	--

La loi Léonetti du 22 avril 2005 autorise toute personne majeure à rédiger des directives anticipées dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent vos souhaits relatifs à la fin de vie avec la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

A ce jour :

- Vous n'avez pas rédigé de directives anticipées et vous ne le souhaitez pas  
 Vous en avez rédigé et souhaitez les communiquer à l'équipe qui vous prendra en charge  
 Vous en avez rédigé et les avez confié à :

Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : .....

Si vous souhaitez être informé sur les droits des patients en fin de vie, des documents d'information peuvent vous être remis au cours de votre séjour. N'hésitez pas à en faire la demande auprès de l'équipe soignante.



# HOSPITALISATION ET INTERVENTION CHEZ UN MINEUR

Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974

## Article 27

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande des père et mère, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

## Article 28

Si, lors de l'admission d'un mineur, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

**En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.**

Toutefois lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

## Article 29

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur général (ou le directeur) adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au directeur de l'action sanitaire et sociale (service médical de l'aide à l'enfance) le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

## Autorisation d'opérer ou de pratiquer les actes liés à l'opération

chez un mineur     chez un incapable majeur

### Identité du mineur

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance :

### Identité des parents

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale (précisez :.....)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale (précisez :.....)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Le ou les signataire(s) de ce document certifie(nt) et atteste(nt) que son/leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limité par une décision judiciaire. Dans le cas contraire, il est impératif d'adresser au médecin, dans les plus brefs délais, une copie de la décision.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale s'engagent à s'informer mutuellement de l'hospitalisation de l'enfant, des soins qui lui sont prodigués et de l'évolution de son état de santé.

Les parents et/ou détenteurs de l'autorité parentale, déclare(nt) avoir pris connaissance des articles 27, 28 et 29 du décret relatif à l'admission des mineurs dans les centres hospitaliers généraux ou les hôpitaux locaux (voir ci-dessus) et autorise(nt) la clinique Chantecler à faire pratiquer sur le mineur susnommé l'intervention chirurgicale suivante :

.....  
.....

### Accord pour autorisation d'opérer

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale (précisez :.....)

Le :



Signature :

Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale (précisez :.....)

Le :

Signature :

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Afin de mieux vous connaître sur le plan médical,  
veuillez avoir l'obligeance de répondre à ces questionnaires.

Poids : ..... Taille : ..... Age : .....

## **Avez-vous déjà été soigné(e) pour : Des problèmes pulmonaires ?**

Asthme  OUI  NON  
Bronchite  OUI  NON  
Tuberculose  OUI  NON  
Pleurésie  OUI  NON  
Pneumonie  OUI  NON

## **Des problèmes cardio-vasculaires ?**

Hypertension artérielle  OUI  NON  
Angine de poitrine  OUI  NON  
Palpitation  OUI  NON  
Insuffisance cardiaque  OUI  NON  
Avez-vous une pile cardiaque ?  OUI  NON  
Avez-vous eu  
un infarctus du myocarde ?  OUI  NON

## **Des problèmes artériels ou veineux ?**

Phlébite  OUI  NON  
Embolie pulmonaire  OUI  NON  
Artérite  OUI  NON  
Saignez-vous facilement ?  OUI  NON  
Varices  OUI  NON

## **Des problèmes digestifs ?**

Hépatite  OUI  NON  
Maux d'estomac  OUI  NON  
Prenez-vous des laxatifs ?  OUI  NON

## **Des problèmes urinaires ?**

Problème de prostate  OUI  NON  
Infection urinaire  OUI  NON

## **Autres ?**

Transfusions sanguines  OUI  NON  
.....  
.....

## **Avez-vous présenté les symptômes suivants ?**

Allergie à l'iode  OUI  NON  
Allergie aux antibiotiques  OUI  NON  
Allergie au latex  OUI  NON  
Allergie alimentaire  OUI  NON  
Autres : .....

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger dans l'année  
précédent votre admission ?  OUI  NON

Vous a-t-on signalé que vous étiez porteur d'une  
bactérie multi-résistante ?  OUI  NON

Urticaire  OUI  NON

Rhume des foies  OUI  NON

Eczéma  OUI  NON

Rhinite  OUI  NON

Œdème de Quincke  OUI  NON

Syndrome de Lyell  OUI  NON

Avez-vous un diabète ?  OUI  NON

Avez-vous un glaucome ?  OUI  NON

Avez-vous une  
affection neurologique ?  OUI  NON

Fumez-vous ? Tabac/Cannabis  OUI  NON

Combien par jour ? .....

Buvez-vous de l'alcool ?  OUI  NON

Combien par jour ? .....

Avez-vous déjà  
consommé de la drogue ?  OUI  NON

Votre poids a-t-il varié  
ces 3 derniers mois ?  OUI  NON

Si oui, perte : ..... Kg augmentation : ..... Kg

Prenez-vous  
des médicaments pour dormir ?  OUI  NON

Etes-vous séropositif ?  OUI  NON

## **Pour les femmes :**

Etes-vous enceinte ?  OUI  NON

Nombre de grossesses.....

Prenez-vous la pilule ?  OUI  NON

## **Quelles interventions chirurgicales avez vous subies ?**

### **Nature et date des interventions :**

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

## **Prenez-vous des médicaments ?**

### **Veillez indiquer votre traitement :**

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

## QUESTIONNAIRE HÉMOSTASE

**Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel ?**  
(tamponnement pour saignement du nez, petites coupures)  OUI  NON

---

**Après une extraction dentaire (ou perte d'une dent de lait chez un enfant) s'est-il produit une hémorragie prolongée ou une récurrence hémorragique à 24 heures ?**  OUI  NON

---

**Avez-vous tendance à faire des bleus/hématomes de plus de 2 cm sans choc ou très important pour un choc mineur ?**  OUI  NON

---

**Avez-vous saigné de manière très importante après une chirurgie ?**  
(plus de 24 heures, nécessité de transfusion après circoncision ou amygdalectomie chez l'enfant)  OUI  NON

---

**Avez-vous des antécédents d'hématurie inexplicée ?**  OUI  NON

---

**Etes-vous soigné pour un problème de malnutrition, malabsorption, une maladie du foie ou une maladie hématologique ?**  OUI  NON

---

**Avez-vous des ecchymoses anormales, des pétéchies ?**  OUI  NON

---

**Vous-a-t-on déjà signalé une tendance anormale au saignement ?**  OUI  NON

---

**Les sites de ponction veineuse saignent-ils plus de 15 minutes ?**  OUI  NON

---

**Les incidents précédents se sont-ils produits chez des parents ou des hommes du côté maternel ?**  OUI  NON

---

**Y-a-t-il des membres de votre famille proche atteints d'une maladie de coagulation ?**  
(hémophilie, Von Willebrand)  OUI  NON

---

**Madame, avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes ?**  OUI  NON

---

**Madame, avez-vous saigné après un accouchement ?**  OUI  NON

---

# QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT BUCCO DENTAIRE

Portez-vous une ou deux **prothèses amovibles** ?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OUI         | <input type="checkbox"/> NON                  |
| <input type="checkbox"/> Partielle : | <input type="checkbox"/> Maxillaire supérieur |
| <input type="checkbox"/> Complète :  | <input type="checkbox"/> Maxillaire inférieur |

Avez-vous des **prothèses fixes** ?

- OUI     NON

Certaines de vos dents vous semblent-elles plus fragiles et devant requérir une attention spéciale lors de l'anesthésie ?

- OUI     NON

Lesquelles ? .....

.....

.....

Avez-vous des **dents mobiles ou déchaussées** ?

- OUI     NON

Êtes-vous en cours de traitement chez votre dentiste ?

- OUI     NON

Portez-vous des **prothèses provisoires** ?

- OUI     NON

Avez-vous des troubles articulaires de la mâchoire ?

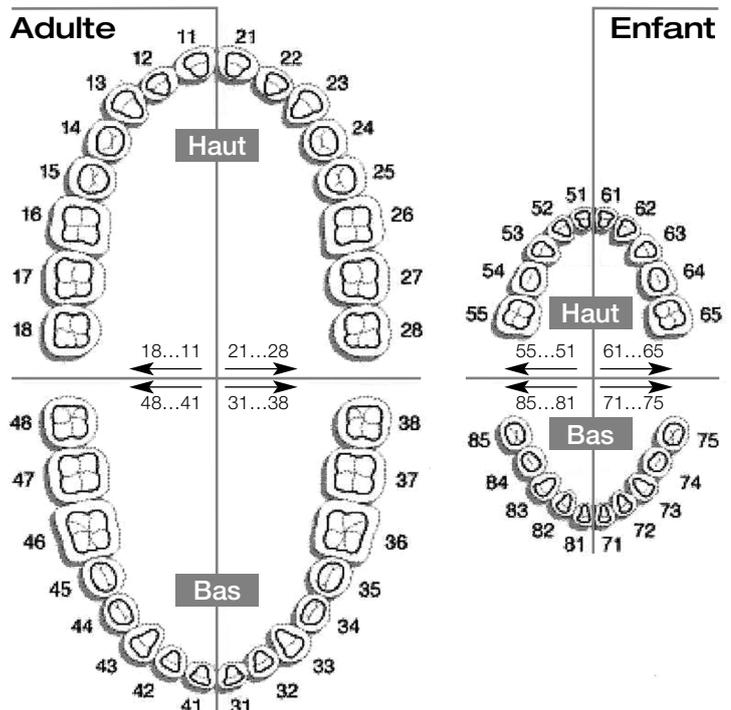
- OUI     NON

(limitation d'ouverture, déviation du maxillaire inférieur, craquement à l'ouverture et à la fermeture...)

Avez-vous déjà eu un **problème dentaire lors d'une anesthésie générale** ?

- OUI     NON

**Le risque dentaire dans le cadre de l'anesthésie générale existe et est d'autant plus grand que votre denture est fragile.** C'est pourquoi nous vous demandons de remplir soigneusement le questionnaire ci-dessus. Si vous avez répondu plusieurs fois par oui et avez un doute sur l'état de vos dents, nous vous conseillons d'effectuer une visite chez votre dentiste traitant afin d'évaluer ce risque et d'informer le médecin anesthésiste réanimateur de ses conclusions.



Fait à .....

Le 

--	--	--	--	--	--

Signature du patient :

# INFORMATION DU PATIENT SUR LA PRISE EN CHARGE

**LORS DE VOTRE VENUE,**  
**présentez-vous obligatoirement au bureau des entrées avec les éléments demandés**

**Votre feuille de pré-admission ou les éléments suivants :**

pièce d'identité, carte vitale, carte mutuelle, attestation CMU, documents relatifs à votre hospitalisation.

**Les résultats des examens demandés** (labo, radio, ECG) et une copie de votre **ordonnance** de ville si vous avez des traitements en cours.

**Si** vous êtes hospitalisé(e) plus d'une journée, pour des raisons d'hygiène, veuillez vous munir de vos effets personnels.

**L'**entrée au bureau des admissions se fait selon l'ordre opératoire établi par les chirurgiens et non selon l'ordre d'arrivée des patients.

Entrée le : ..... à : ..... Hospitalisation / Ambulatoire

## AVANT L'ANESTHÉSIE.

Prévenez de toute modification de votre état de santé, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse, en appelant le numéro suivant : **04.91.21.06.06.**

## LE JOUR DE L'INTERVENTION.

↳ Vous devez rester **à jeun** durant les 6 heures qui précèdent l'heure prévue de l'anesthésie et ne consommer ni **alcool** ni **tabac** durant les 12 heures avant votre opération.

↳ ni **bonbons** ni **chewing-gum**

↳ **Préparation cutanée du patient (voir dernière page)**

Prenez les douches obligatoires la veille et le jour même avant de vous rendre à la clinique. N'utilisez ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles, de façon à ne pas gêner la surveillance de votre coloration durant l'anesthésie. Evitez les verres de contact, et retirez votre appareil dentaire avant de partir au bloc opératoire.

↳ Prévoyez une personne qui vous accompagne, valide et responsable.

↳ N'apportez ni bijou, ni objet de valeur.

↳ Vous êtes autorisé(e) à prendre :

Une alimentation légère avant : .....

Une boisson (sans lait, sans résidu et non gazeuse) avant : .....

## Dois-je continuer mon traitement habituel ?

Par vous-même ou sans ordonnance médicale, **vous ne devez pas prendre d'aspirine.** En effet, elle "fluidifie" le sang et favorise le saignement.

En revanche, vous devrez continuer votre traitement habituel jusqu'au jour opératoire sauf avis médical contraire.

**Vous devez arrêter :** .....

Le matin de l'intervention, vous devez prendre votre traitement, avec un petit verre d'eau : .....

Suite au verso

# Information du patient (suite)

## APRÈS L'ANESTHÉSIE.

### En ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures) :

- ➔ En cas d'anesthésie générale, vous serez surveillé(e) en salle de surveillance post-interventionnelle.
- ➔ Avant votre départ, une collation vous sera servie.
- ➔ Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue.
- ➔ **Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e).** Nous vous rappelons qu'il est formellement interdit de conduire un véhicule après une anesthésie (un taxi ou une ambulance VSL peuvent être demandés). Pour les enfants, la personne accompagnante ne peut être celle qui conduit la voiture. Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie.
- ➔ **Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule,** n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous vous en rendiez compte.
- ➔ Vous pourrez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.
- ➔ En cas de problème vous pouvez joindre l'anesthésiste en téléphonant au numéro suivant : **04.91.21.06.06.**

Après une intervention, votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle est une nécessité pour votre sécurité. Ainsi le retour dans votre chambre ne sera pas immédiat après l'intervention. La durée de l'attente dépend du type de l'intervention. Cela exigera de la patience de la part de vos proches qui vous attendent dans votre chambre.

**Pour la poursuite de votre traitement médical, nous vous recommandons de venir avec vos médicaments à la clinique.**

**Après avoir pris connaissance de ces diverses recommandations, nous vous demandons de signer cette feuille pour manifester votre accord avec la procédure proposée. Pour les mineurs la signature des parents est indispensable.**

Nom du patient : .....

Signature du patient :

Date : 

--	--	--	--	--



# INFORMATION MÉDICALE SUR L'ANESTHÉSIE

*Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste.*

*Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions concernant l'acte qui motive cette anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.*

## **Qu'est ce que l'anesthésie ?**

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical ou médical (endoscopie, radiologie...) en supprimant ou atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

**L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil produit par l'injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par respiration de vapeurs anesthésiques à l'aide d'un dispositif approprié.

**L'anesthésie locorégionale** permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie du corps sur laquelle se déroulera l'opération.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux sortes d'anesthésie locorégionale où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs issus de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance.

Au cours de la consultation, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

## **Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et votre réveil ?**

L'anesthésie quel que soit son type se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre.

## **Quels sont les risques de l'anesthésie ?**

Tout acte médical, même conduit avec compétence

et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et la période du réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

## **Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?**

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage du contenu de l'estomac dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées :

**(ne pas manger, ne pas boire, ne pas fumer six heures avant l'anesthésie).**

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrrouement passager.

**Des traumatismes dentaires** sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre dans quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou de la concentration ou une baisse transitoire des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

**Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie, un arrêt cardiaque, une asphyxie, une hyperthermie maligne sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, des complications sérieuses ne surviennent que sur plusieurs centaines de milliers d'anesthésies.**

## **Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie locorégionale ?**

---

Après une rachianesthésie ou une péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire.

Des douleurs au niveau de la ponction dans le dos sont également possibles.

Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de morphine ou de ces dérivés.

Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

**Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.**

Au cours de l'anesthésie en ophtalmologie, il est possible d'observer une paralysie transitoire d'un des muscles moteurs de l'œil responsable d'une diplopie (vision trouble) ou d'un strabisme (loucherie). Dans la majorité des cas les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines. Un hématome péri-orbitaire est possible. Un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

## **Qu'en est-il de la transfusion sanguine ?**

---

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération ou dans les jours qui suivent votre intervention, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et les risques transfusionnels.

## **Organisation du service d'anesthésie.**

---

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation d'anesthésie. Néanmoins, l'anesthésiste consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période postopératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie.

# Informations en anesthésie locorégionale

*Vous allez être opéré(e) au niveau de votre bras ou de votre jambe. Ce type de chirurgie peut être effectué sous anesthésie locorégionale. Ce document est destiné à vous informer sur ce type d'anesthésie, ses avantages et ses risques. Lisez attentivement afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur et à qui vous pourrez poser les questions que vous souhaitez.*

## **Qu'est ce que l'anesthésie locorégionale ?**

Elle permet par des techniques qui seront décrites plus loin de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Elle bloque les nerfs de la région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Elle est réalisée par un médecin anesthésiste.

## **Quels sont les avantages de l'anesthésie locorégionale ?**

- ➔ L'acte chirurgical pourra être effectué sans douleur, l'anesthésique local étant choisi en fonction de la durée. Votre conscience sera conservée et au réveil, vous n'aurez pas les désagréments d'une anesthésie générale toujours possibles bien que peu fréquents tels que : nausées, vomissements, désorientation...
- ➔ Lors d'un geste très douloureux, l'anesthésique local choisi aura une action longue, évitant une réapparition rapide de la douleur après l'intervention. Dans certains cas un cathéter pourra être mis en place au moment de l'anesthésie au niveau de la région opérée, permettant des réinjections de l'anesthésique local pour le traitement de la douleur postopératoire. Dans ces cas vous devez rester hospitalisé(e).

## **Comment réalise-t-on une anesthésie locorégionale sur un membre ?**

L'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel de sécurité adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. Durant l'anesthésie vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur. Pour bloquer les nerfs du membre à opérer, il faut repérer ceux-ci par la technique de neurostimulation. Celle-ci consiste à stimuler les nerfs à l'aide d'un léger courant électrique qui va entraîner un mouvement involontaire, de votre main ou de votre jambe. Ce courant est délivré par un petit appareil et amené jusqu'à proximité des nerfs par une fine aiguille. On injectera alors par cette aiguille l'anesthésique local qui va bloquer les nerfs et endormir la partie du corps où est réalisé l'acte chirurgical. Votre membre sera alors lourd, avec une sensation de fourmillements, le membre deviendra difficile voire impossible à bouger.

## **Y a-t-il des inconvénients à l'anesthésie locorégionale ?**

Sa mise en place peut être ressentie comme désagréable par certains mais n'est nullement douloureuse. Vous devez signaler toute douleur importante au cours de la technique.

## **Quels sont les risques d'une anesthésie locorégionale ?**

**Les hématomes** ou point de ponction. Ils sont le plus souvent sans gravité. **Des douleurs** le long du trajet du nerf. Si celles-ci survenaient après votre sortie de l'hôpital vous devez contacter l'équipe médicale qui vous a pris en charge lors de votre intervention. Un document vous sera remis à votre sortie sur lequel est mentionné le nom du médecin anesthésiste. **Des complications neurologiques** à type de paralysie sensitive ou motrice du membre opéré sont exceptionnelles si l'on respecte les contre-indications. Là aussi vous serez prendre contact avec l'équipe médicale le plus rapidement possible. Il en est de même des complications très rares liées à la toxicité des anesthésiques locaux ( convulsions, arrêt cardiaque).

## **Y a-t-il des échecs ?**

Parfois, même entre des mains expérimentées, il peut y avoir nécessité à piquer à plusieurs reprises et parfois l'anesthésie peut être insuffisante. Une anesthésie générale sera alors réalisée. Dans tous les cas, on, s'assurera que l'anesthésie est efficace, c'est-à-dire que vous n'aurez pas mal pendant le chirurgie.

## **Existe-t-il des contre-indications à l'anesthésie locorégionale ?**

La consultation d'anesthésie permettra de détecter les contre-indications et de proposer alors une autre technique d'anesthésie. Cette consultation vous permettra de compléter ces informations et de poser un médecin anesthésiste les questions que vous souhaitez. Les contre-indications sont peu nombreuses :

- ➔ Le refus du patient
- ➔ Des troubles de la coagulation sanguine ou la prise d'un traitement perturbant la coagulation
- ➔ Une infection au niveau du point de ponction ou des ganglions dans la région de ponction
- ➔ Une allergie aux anesthésiques locaux
- ➔ Certaines maladies neurologiques.

# LA TRANSFUSION SANGUINE

## Ce qu'il est important de savoir

### ***A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?***

Le transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique. Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus. Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile). Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins ou à la transmission de bactéries, et totalement exceptionnels ceux liés à la transmission d'infections virales, notamment les hépatites et le sida.

### ***Quelle surveillance en cas de transfusion ?***

Le recherche systématique de la trace de virus après une transfusion n'est désormais plus recommandée. En revanche, la recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion est recommandée afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion dans le futur.

Il vous sera remis **un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus.**

Il est important de **conserver des documents** et de les communiquer, ainsi que les résultats des examens, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

---

## **Pour en savoir plus sur la transfusion sanguine**

### ***Les produits et leurs indications***

Les produits sanguins regroupés sous le terme de "produits sanguins labiles" sont les globules rouges, le plasma frais congelé, les plaquettes et, beaucoup plus rarement, les globules blancs. Ces produits proviennent du don de sang de donneurs bénévoles. Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne depuis le donneur jusqu'au receveur.

**Les globules rouges** ont pour fonction de transport de l'oxygène vers les tissus. Leur transfusion est nécessaire en cas d'anémie importante et/ou signes de mauvaise tolérance de celle-ci, dans le but d'éviter des complications, notamment cardiaques.

**Le plasma frais congelé** contient les facteurs permettant la coagulation du sang. Leur transfusion est nécessaire lorsque le taux de ces facteurs dans le sang est trop bas, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

**Les plaquettes** sont indispensables à la formation d'un caillot. Elles sont transfusées si leur nombre est très insuffisant, dans le but de prévenir une hémorragie ou d'en faciliter l'arrêt.

**Les globules blancs** contribuent à la défense contre l'infection. Il peut être nécessaire d'en transfuser lorsqu'ils sont pratiquement absents du sang. D'une manière générale, tous les efforts sont faits pour limiter l'usage de ces produits au strict nécessaire. Leurs indications ont notamment été précisées par la communauté médicale et les autorités sanitaires, de telle sorte que leurs bénéfices soient très supérieurs aux risques résiduels de la transfusion.

## **Les risques connus**

Comme tout traitement, la transfusion sanguine comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire, ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse ; Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

### **Des risques liés aux très nombreux groupes sanguins**

Il est impératif de respecter la compatibilité dans les groupes ABO et rhésus. Il existe également de nombreux autres groupes sanguins contre lesquels vous avez pu développer des anticorps (appelés " irréguliers "), qu'il importe donc de rechercher avant la transfusion pour en tenir compte dans le choix du produit transfusé.

Votre identité et votre groupe sanguin seront de nouveau vérifiés juste avant la transfusion de globules rouges. La transfusion peut provoquer l'apparition d'anticorps irréguliers (dans 1 à 5 % des cas), ce qui peut avoir des conséquences en cas de transfusion ultérieure.

### **Des risques résiduels de contamination**

Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques

#### **Les estimations pour 2005 sont les suivantes :**

- ➔ 1 infection par des bactéries pour 125000 produits sanguins
- ➔ 1 infection par le virus de l'hépatite B pour plus de 2 millions de dons de sang
- ➔ 1 infection par le virus du sida (VIH) pour près de 4 million de dons de sang
- ➔ 1 infection par le virus de l'hépatite C pour 6 millions de dons de sang
- ➔ 3 cas de transmission de l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par une transfusion en Grande-Bretagne.

En 2012, aucun cas de séroconversion n'a été rapporté.

## **Les dangers inconnus**

Comme on ne peut, de principe, exclure des dangers inconnus, toutes les mesures possibles de prévention ont été prises, dans la sélection des donneurs de sang (notamment l'exclusion des personnes

antérieurement transfusées) et dans la préparation des produits. En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance). Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

## **Les examens biologiques avant et après transfusion**

Le niveau de sécurité désormais atteint en matière de transmission de virus ne rend plus nécessaire la recherche systématique de leur trace avant et après la transfusion.

En revanche, afin de prévenir les risques liés aux très nombreux groupes sanguins, un certain nombre d'examens doivent être effectués :

Avant chaque transfusion : il est obligatoire de disposer des caractéristiques de groupes sanguins du patient ainsi que d'un résultat récent de recherche d'anticorps irréguliers (RAI). L'intervalle de temps entre la RAI et la transfusion elle-même peut varier de 3 jours à plusieurs semaines selon les circonstances cliniques. Après un épisode transfusionnel et à distance de celui-ci (3 semaines à 3 mois), il est nécessaire de pratiquer un contrôle sanguin (RAI) pour rechercher la présence éventuelle d'anticorps irréguliers consécutifs aux transfusions précédentes.

Si vous avez connaissance que des anticorps irréguliers ont été détectés (notion de RAI positive), il est important, pour votre sécurité, de le signaler au médecin, en cas de nouvelle transfusion.

## **Les documents remis et l'importance de leur conservation.**

Après une transfusion, il est remis, avant la sortie de la clinique, un document écrit comportant la date des transfusions, l'établissement et le service où elles ont été réalisées, le type et le nombre des produits sanguins labiles reçus.

Il est important de conserver ce document avec soin et de le montrer à son médecin traitant. Il en a besoin pour assurer un suivi médical de qualité. En cas de transfusions régulières, ces informations peuvent être reportées sur un document récapitulatif.

En fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, il pourrait être important de re-contacter les personnes transfusées. C'est pourquoi, il est utile que vous informiez de la transfusion votre médecin traitant, notamment si vous en changez.

# DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ CONCERNANT L'ANESTHÉSIE

**Je soussigné(e) :** .....  
Agissant :

en mon nom propre.

**Ou**

en tant que tuteur légal de l'enfant :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Ou**  Pour le compte de :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Reconnais avoir reçu au cours d'un entretien avec le Docteur :** .....  
Médecin-Anesthésiste, les informations détaillées sur l'anesthésie prévue et les risques qu'elle présente.

**J'ai eu le temps nécessaire pour poser toutes les questions que j'ai jugé utile concernant la nature et l'importance de la méthode, les risques, les complications possibles, les gestes thérapeutiques associés et leurs risques.**

**J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.**

**J'ai lu et compris tous les documents ci-joints annexés.**

**J'estime avoir été suffisamment informé(e) et je donne mon consentement à l'anesthésie prévue, après avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant.**

**J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention.**

**Je sais que la non signature de tous les documents qui m'ont été remis, ou le non respect des recommandations qui m'ont été faites, entraînera automatiquement le report de l'intervention.**

**Après avoir pris connaissance des diverses recommandations, je manifeste mon accord avec la procédure proposée.**

**Signature du patient ou de son représentant, précédée de la mention "lu et approuvé" :**

**Fait le :** .....

Dans le cas d'un mineur, signature des parents ou du tuteur obligatoire

Type d'anesthésie envisagée :  A.G  A.L.R

**Date :** ..... **Signature du médecin**



# INFORMATIONS PRÉ ET POST-TRANSFUSIONNELLES

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :

Date d'hospitalisation :

Je déclare avoir été informé(e) par le Docteur : .....  
que mon état de santé peut nécessiter l'administration de Produits Sanguins Labiles et avoir reçu l'information écrite sur la transfusion et ses risques.

J'autorise l'équipe du Docteur ..... à pratiquer les actes et examens transfusionnels nécessaires (Sérologie, hépatite B, C, VIH, RAI).

Dans l'hypothèse où il serait avéré nécessaire de pratiquer ces **actes transfusionnels**, je suis informé(e) qu'une surveillance biologique post-transfusionnelle est de rigueur.

**1 à 3 mois après la dernière transfusion :  
faire pratiquer une recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI).**

Votre médecin traitant est à même d'effectuer cette surveillance.

*Le Médecin prescripteur de l'acte transfusionnel fait signer ce document au patient avant toute administration de Produits Sanguins Labiles.*

**En cas d'urgence, celle-ci prime.**

Date

Signature du patient ou de son représentant, précédée de la mention

"lu et approuvé" :

Dans le cas d'un mineur, signature des parents ou du tuteur obligatoire





# Spécialités chirurgicales

---

# LISTE DES PRATICIENS

Clinique Chantecler : Tél. 04 91 21 06 06 - Fax. 04 91 66 03 17 - [www.clinique-chantecler.com](http://www.clinique-chantecler.com)

## Anesthésie - Réanimation

Docteur BANTZ Philippe .....04 91 21 06 06  
Docteur CLOS Richard .....04 91 21 06 06  
Docteur DELEMONTEY Bernard .....04 42 18 92 41  
Docteur GUERINI Jean-Hervé .....04 91 21 06 06  
Docteur MAITREPIERRE Jérôme ..... 04 91 21 06 06  
Docteur MAUREL Pierre.....04 91 21 06 06  
Docteur VENCATASSIN Ute .....04 91 21 06 06

## Biologie

Docteur HARTMANN Marie-Caroline....04 91 66 48 52  
Docteur SILHOL Françoise .....04 91 66 48 52

## Cardiologie

Docteur BERTUCCI Bruno .....04 91 70 18 16  
Docteur GUENOUN Maxime .....04 91 07 07 08  
Docteur MIELOT Christopher .....04 91 07 07 08  
Docteur NAKACHE André.....04 91 37 67 23  
Docteur PIERRON Fabrice .....04 91 07 07 08  
Docteur SEBAOUN Edouard.....04 91 07 07 08

## Chirurgie digestive et générale

Docteur DARMON Michel .....04 91 21 06 06  
Docteur LEYRE Pierre.....04 91 21 06 21

## Chirurgie de la main/Orthopédie des membres supérieurs

Docteur ROBERT Guillaume .....04 91 21 06 00  
Docteur TOMEI Frédéric .....04 91 92 11 36  
Docteur RIERA Philippe .....08 11 63 22 82

## Chirurgie vasculaire

Docteur TOMMASI Gianvitorio .....04 42 08 73 94

## Dermatologie

Docteur MARTINEZ Mireille .....04 91 89 96 55  
Docteur MICHAUD Thérèse .....04 91 49 46 56

## Endocrinologie

Docteur RYBIKOWSKI Joseph.....04 91 25 89 37

## Endoscopie

Docteur COLONNA Patrick .....  
Docteur DUKAN Patrick .....  
Docteur LEVY Gilles .....  
Docteur LIENNE Pascal .....  
Docteur MACHEREY Denis ..... } 04 91 21 06 21  
Docteur PERREARD Marc.....  
Docteur RICHIERI Jean-Pierre .....  
Docteur SIZUN-MARILLIER Gaëlle .....  
Docteur VALANTIN Vincent .....

## Esthétique

Docteur LONDNER Jonathan.....04 91 79 51 43  
Docteur NIDDAM Julien .....04 91 79 51 43

## Ophthalmologie

Docteur ADRAI-DJANE Danielle .....04 42 08 41 58  
Docteur ATHLANI Alain .....04 91 98 26 26  
Docteur BARRAUD Yannick .....04 91 18 22 22  
Docteur BECAR Patrick .....04 91 34 03 33  
Docteur CANORGUE Bernard.....04 91 42 70 35  
Docteur COULANGE Isabelle .....04 91 32 65 07  
Docteur D'AMALRIC Olivier.....04 91 85 08 38  
Docteur EMSALLEM Robert .....04 91 07 07 08  
Docteur GINESTET Xavier .....04 42 92 94 52  
Docteur KORCHIA Fabrice.....04 91 21 06 25  
Docteur OUADAH SAAD Eddine .....04 91 59 40 02  
Docteur RODOSSIO Marc.....04 91 62 49 90  
Docteur SAND Thierry.....04 42 08 41 58  
Docteur SANIERE Michel .....04 91 54 06 30  
Docteur SLAMA Gilbert.....04 91 77 27 40  
Docteur TEDDE Alain .....04 91 34 03 33  
Docteur VITTE Serge .....04 91 07 07 08  
Docteur WARY Pierre.....04 42 70 35 19

## ORL

Docteur HASSOUN Patrick .....04 91 07 07 08  
Docteur KWAN Jacques .....04 91 95 94 44  
Docteur PLOUZENNEC Jean-Luc.....04 91 49 42 89  
Docteur TALLET Olivier .....04 91 70 18 16

## Orthopédie

Docteur CHRISTOFILIS Michel.....04 91 21 06 00  
Docteur ETTORE Pierre-Paul .....04 91 66 56 28  
Docteur LOUIS Marie-Laure .....06 13 01 00 32  
Docteur RICHELME Emmanuel.....08 11 63 22 82  
Docteur ROBERT Guillaume .....04 91 21 06 00  
Docteur ROUSTAN Emilie ..... 04 91 21 06 00  
Docteur SOBLER Jean-Marc .....04 91 66 56 28

## Radiologie

Docteur BAUDET Jean-Jacques..... }  
Docteur CASABIANCA Jean..... } 04 91 21 06 13  
Docteur DAHAN Mickaël .....

## Rééducation

Docteur BIEGLIO Christian ..... }  
Docteur SOULIER Françoise..... } 04 91 21 06 03

## Rhumatologie

Docteur MOMPEYSSIN Pierre.....06 16 10 07 85

## Scanner

04 91 61 10 09

## Stomatologie/Chirurgiens Dentistes

Docteur ARTERO Stéphane .....04 91 65 80 65  
Docteur BRATICEVIC Alexandre.....04 91 81 27 81  
Docteur GARDON Jean-Charles .....04 91 21 06 06  
Docteur ISTRIA Nicolas.....04 91 23 44 23  
Docteur TERRASA Michel .....04 91 77 10 60

## Urologie

Docteur BODIN Thomas..... }  
Docteur BRETON François ..... } 04 91 21 06 21  
Docteur BRETON Xavier ..... 04 96 12 13 64

# Préparation cutanée du patient opéré

La préparation cutanée permet de réaliser votre intervention dans les meilleures conditions d'hygiène possibles. Cette préparation comprend la dépilation, les douches pré-opératoires et l'hygiène bucco dentaire.

**La dépilation**, si elle est nécessaire, vous est recommandée par votre chirurgien.

**Les douches pré-opératoires** sont destinées à éliminer la majorité des microbes se trouvant sur votre peau. Elles se pratiquent avec le savon antiseptique prescrit par le chirurgien ou l'anesthésiste. Deux douches sont nécessaires, une la veille au soir et une autre le jour même, moins de 4 heures avant l'intervention.

**L'hygiène bucco dentaire** consiste en un brossage des dents et en un bain de bouche en cas d'intervention sur les dents ou la bouche.

Pour votre sécurité, cette préparation doit être réalisée selon les indications suivantes :

**Cas n° 1 : vous êtes hospitalisé en ambulatoire** : vous devez prendre les deux douches pré-opératoires et réaliser l'hygiène bucco dentaire à votre domicile et mettre des vêtements propres.

**Cas n° 2 : vous êtes hospitalisé la veille de l'intervention** : les douches pré-opératoires seront effectuées dès votre arrivée à la Clinique. Vous serez conseillé par l'équipe soignante.

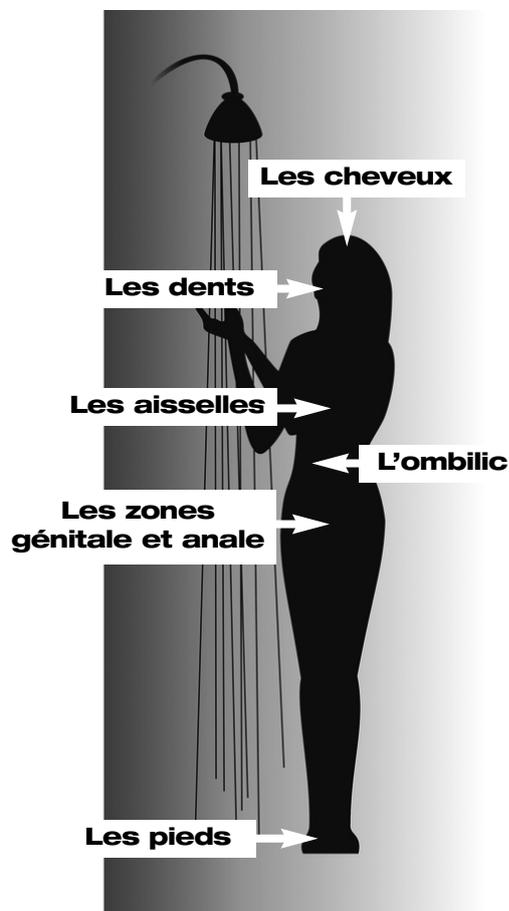
**Cas n° 3 : vous êtes hospitalisé le jour même de l'intervention** : vous devez prendre une première douche pré-opératoire à votre domicile la veille au soir. La seconde douche pré-opératoire sera effectuée à la Clinique suivant les conseils de l'équipe soignante.

**Dans tous les cas, nous vous conseillons de réaliser la dépilation, si elle est nécessaire, 24 à 48 heures avant l'intervention, au moyen d'une tondeuse, ou de crème dépilatoire (5 jours avant). Le rasage est interdit.**

## TECHNIQUE DE LA DOUCHE PRE OPERATOIRE

- Coupez et nettoyez soigneusement vos ongles
- Mouillez le corps et les cheveux
- Appliquez le savon antiseptique en commençant par les cheveux
- Faites mousser jusqu'à ce que la mousse devienne blanche
- Lavez le visage en insistant derrière les oreilles
- Insistez sur les aisselles, le nombril, les plis de l'aîne et les pieds
- Savonnez en dernier la zone génitale puis la zone anale
- Rincez abondamment de haut en bas
- Renouvelez l'opération en respectant la même méthode
- Séchez-vous avec une serviette propre
- Mettez des vêtements propres
- Brossez-vous les dents
- Pratiquez un bain de bouche selon prescription médicale

## Insistez sur :



CLINIQUE  
CHANTECLER

240-244, avenue des Poilus - 13012 Marseille

Tél. : 04 91 21 06 06 - Fax : 04 91 66 03 17 - [www.clinique-chantecler.com](http://www.clinique-chantecler.com)