

LISTE PERSONNELLE DE VOS MÉDICAMENTS

Date: _____

Données du Patient:

Nom de famille: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____

Indiquez ici les médicaments que vous prenez tous les jours ou régulièrement, tels que médicaments pour le cœur, antidouleurs, insuline, antiacides, somnifères, inhalateurs, gouttes pour les yeux, sirops, vitamines, compléments alimentaires, ...

Notez également les produits que vous achetez à la pharmacie ou ailleurs ou sans prescription.

Demandez éventuellement l'aide de votre médecin généraliste, de votre infirmier(ère) à domicile ou de votre famille.

 Je ne prends pas de médicaments Je prends tous les jours/régulièrement:

Nom COMPLET du médicament + DOSAGE + forme (comprimé, sirop, ...)*	Quantité + heure de prise					Remarques p.ex. À jeun, tous les 2 jours, uniquement le vendredi, ...
	8h	12h	17h	20h	22h	

Je prends occasionnellement les médicaments suivants :

APPORTEZ VOS MÉDICAMENTS LORS DE VOTRE ADMISSION! (dans les boîtes d'origine)** demandez éventuellement l'aide de votre médecin généraliste, de votre infirmier(ère) à domicile ou de votre famille*

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Données du Patient:

Nom de famille: _____ date de naissance: _____

Prénom: _____

Je soussigné(e) _____ (nom et prénom)

Donne mon autorisation pour l'intervention chirurgicale/l'examen* et l'anesthésie qui est nécessaire pour:

- moi-même mon/ma conjoint(e) mon enfant mineur

Concernant l'intervention

- Vous avez été informé(e) de la nature et de l'objectif de l'intervention médicale qui sera bientôt pratiquée. Vous avez été informé(e) des risques liés à l'intervention, des résultats possibles et des limites de la méthode. Vous avez eu l'occasion de poser des questions;
- Vous avez lu la brochure d'information, si elle existe, relative à l'intervention proposée, et vous déclarez avoir compris toutes les informations;
- Vous arrêtez vos anticoagulants comme prescrit par le médecin;
- Vous acceptez que le représentant d'une société médicale puisse, à la demande du chirurgien, assister à l'opération.

Concernant l'anesthésie

- Vous avez été informé(e) de l'anesthésie proposée, ainsi que des alternatives et des risques possibles. Vous avez eu l'occasion de poser des questions;
- Vous avez lu la brochure d'information, si elle existe, relative à l'anesthésie proposée, et vous déclarez avoir compris toutes les informations;
- Vous avez rempli le questionnaire (en ligne) en toute sincérité, au mieux de vos capacités et avec la plus grande précision possible, et vous avez passé tous les examens complémentaires nécessaires. Vous êtes conscient(e) du danger pouvant résulter de données inexactes, incomplètes ou fausses. Vous acceptez les décisions médicales qui peuvent en résulter;
- Vous donnez votre consentement à la collecte d'informations sur vos antécédents médicaux pour pouvoir déterminer vos besoins en matière de soins;
- Vous déclarez rester à jeun (ne rien manger ni fumer) à partir de minuit avant l'examen/l'anesthésie/l'intervention programmé(e)*. Vous pouvez boire de l'eau claire jusqu'à 2h avant l'admission;
- Vous comprenez que toute forme d'anesthésie comporte des risques, notamment déterminés par l'état général et la gravité des interventions. Le non-respect des règles imposant de rester à jeun et relatives à la prise des médicaments à domicile peut augmenter les risques. Vous trouverez plus d'informations dans la brochure d'information ou sur le site web (www.azdiest.be);
- Vous déclarez enlever votre maquillage, vos ongles en gel (pouce et index des deux mains), vos bijoux et piercings et vos lentilles de contact avant l'intervention. (L'hôpital n'est pas responsable des pertes);
- Pendant les 24 premières heures suivant l'intervention / l'anesthésie*, vous ne devez pas conduire de véhicule (voiture, vélo, moto) ni utiliser de machines. Vous ne consommerez pas d'alcool au cours des 24 premières heures. Il est fortement déconseillé de signer des documents légaux ou de prendre des décisions importantes pendant les premières 24 heures.

Généralités

- Vous déclarez accepter une nouvelle admission si celle-ci s'avérait nécessaire en raison de circonstances imprévues;
- Vous ne rentrerez pas chez vous par vos propres moyens, mais vous vous ferez accompagner par une personne responsable et vous resterez sous la surveillance immédiate de cette personne pendant 24 heures.

Date: _____

Signature: _____

Concernant l'administration de produits sanguins

- Vous déclarez que le médecin traitant vous a préalablement expliqué l'éventualité d'une transfusion et sa valeur ajoutée, et que des alternatives ont également été discutées;
- Vous déclarez par la présente que des produits sanguins peuvent vous être administrés si nécessaire.

Je DONNE/NE DONNE PAS* mon consentement à l'administration de produits sanguins

Date: _____

Signature: _____

* Entourez ce qui s'applique