



## Veillez respecter toutes ces étapes indispensables pour la programmation et la réussite de votre intervention

### DÈS À PRÉSENT

- PRENDRE RENDEZ-VOUS par téléphone au 04 77 78 38 78 ou 04 77 78 38 80
- Avec l'ophtalmologue pour la biométrie : RDV le \_\_\_\_\_ à \_\_\_ H\_\_
- Avec l'anesthésiste : RDV le \_\_\_\_\_ à \_\_\_ H\_\_  
(Essayer de prévoir les 2 rendez-vous le même jour pour vous éviter de revenir)
- PRÉPARER VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF ET MÉDICAL
- Compléter les documents ci-joints
- Contacter votre mutuelle pour demander une prise en charge en fonction des devis remis par la secrétaire (anesthésiste et ophtalmologue)
- SE RENDRE À LA PHARMACIE pour récupérer les médicaments et produits prescrits
- ORGANISER VOTRE RETOUR À DOMICILE, en prévoyant une personne pour vous raccompagner après l'intervention. Il est recommandé de ne pas être seul(e) la nuit suivant l'intervention.

### LE JOUR DE VOTRE CONSULTATION AVEC L'ANESTHÉSISTE

- SE PRÉSENTER AU BUREAU D'ADMISSION DE LA CLINIQUE, situé au 1<sup>er</sup> étage, 15 MINUTES AVANT votre consultation d'anesthésie, avec votre carte d'identité, carte vitale, carte de mutuelle, devis mutuelle, RIB et tous les documents complétés et signés pour valider votre dossier de préadmission
- Ne pas oublier l'ordonnance de votre traitement personnel, le questionnaire d'anesthésie renseigné, votre carte de groupe sanguin si vous avez, votre dernier examen biologique, votre bilan cardiologique si vous avez et un moyen de paiement

#### ATTENTION : SI VOTRE INTERVENTION NE NÉCESSITE PAS D'ANESTHÉSIE

- Transmettre OBLIGATOIREMENT tous les documents de pré admission demandés, 8 JOURS AVANT votre hospitalisation, par mail ou par courrier

Adresse mail : [admission@c-vue-roanne.fr](mailto:admission@c-vue-roanne.fr)

Adresse postale : CLINIQUE DE LA VUE ROANNE – BUREAU D'ADMISSION - 37 BD JEAN BAPTISTE CLÉMENT 42300 ROANNE

### 48H À 72H AVANT VOTRE INTERVENTION

- COMMENCER LE TRAITEMENT 3 JOURS AVANT la date de votre intervention
- RÉALISER UN TEST PCR au maximum 48 à 72H avant l'intervention (ce test ne nécessite pas d'ordonnance dans le cadre d'une hospitalisation) et remettre le résultat au personnel soignant le jour de votre entrée

Avertissez le service en cas de modification de votre état de santé depuis la consultation d'anesthésie (toux, fièvre, grossesse...) au 04.77.78.38.80 ou au 04.77.78.38.78

En cas d'empêchement, ayez l'obligeance de prévenir la clinique de la vue Roanne

## LA VEILLE DE VOTRE HOSPITALISATION

- Vous recevrez un APPEL pour vous communiquer l'heure à laquelle vous êtes attendu(e) et répondre aux questions éventuelles
- PRENDRE UNE DOUCHE à la bétadine scrub ou hibiscrub (si intolérance à la bétadine) la veille de l'intervention (se laver corps et cheveux)

## LE JOUR DE VOTRE HOSPITALISATION

- IL VOUS SERA DEMANDÉ :
  - de ne pas fumer ni vapoter 12h avant l'intervention,
  - de stopper l'alimentation solide 6h avant l'intervention
  - de stopper tout liquide 2h avant l'intervention
  - que les médicaments prescrits et autorisés par le médecin anesthésiste soient pris
  - de ne pas mettre de parfum, de crème, de maquillage
  - d'ôter vernis à ongle, french manucure, prothèses dentaires et/ou auditives, lunettes ou lentilles, bijoux
  - de n'apporter ni objet de valeur, ni effets personnels
- PRENDRE UNE DOUCHE à la bétadine scrub ou hibiscrub le matin de l'intervention et mettez des vêtements propres
- RESPECTEZ VOTRE HEURE DE CONVOCATION ET LES CONSIGNES QUI VOUS ONT ÉTÉ COMMUNIQUÉES
- RESPECTEZ LES MESURES SANITAIRES DU COVID-19
- RAPPORTER VOTRE DOSSIER D'HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE avec votre carte vitale, votre pièce d'identité, votre attestation à jour si vous avez la CSS ou l'ACS, 2 chèques, votre carte de groupe sanguin, vos examens biologiques et les produits éventuellement prescrits

**ATTENTION : l'absence de certains documents peut nous contraindre à reporter ou annuler votre intervention**

## VOTRE SORTIE

Elle sera confirmée après le passage du chirurgien.

La présence d'un accompagnant est obligatoire pour votre retour.

Merci de passer régler votre facture à l'accueil. Vous seront remis par la secrétaire :

- Un bulletin de sortie signé
- Le compte rendu opératoire
- Les ordonnances de sortie du médecin
- Les recommandations post-opératoires
- Un rendez-vous de contrôle post-opératoire : le ..... à .....h.....

Avant votre sortie, merci de bien vouloir remplir LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.

## ET APRÈS

Le lendemain de votre intervention, un membre du personnel vous appellera afin de prendre de vos nouvelles concernant votre état de santé.

À la sortie de l'hôpital, votre œil peut être plus ou moins rouge, ce qui est normal. Ne pas appuyer ou se frotter l'œil opéré, ne pas prendre de coup, pas d'activité physique intensive la semaine suivant l'intervention.

**En cas de modification de cette rougeur, d'apparition d'une douleur ou d'une baisse de la vision de l'œil opéré, CONTACTER LA CLINIQUE au 04 77 78 38 78 – 04.77.78.38.80 ou 06 XX XX XX XX ET VENIR EN URGENCE AU MOINDRE DOUTE. SI LA CLINIQUE EST FERMÉE, SE RENDRE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE.**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



CLINIQUE DE LA VUE  
Roanne

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES À TRANSMETTRE AVEC CETTE FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉTÉE

- Carte d'identité, passeport ou titre de séjour
  - Attestation de sécurité sociale
  - Carte de mutuelle
  - Prise en charge mutuelle
  - Attestation d'accident du travail (le cas échéant)
  - Information pré-opératoire **complétée et signée**
  - Devis du chirurgien **signé**
  - Fiche de pré-admission : remise dans votre dossier par la secrétaire médicale
- POUR LES ENFANTS MINEURS :**
- Autorisation d'opérer **signée par les 2 parents**
  - Pièces d'identité des 2 parents
  - Pièce d'identité de l'enfant
  - Livret de famille (copie pages des 2 parents et de l'enfant hospitalisé)

## SÉJOUR AMBULATOIRE

Nom du praticien:	
Type intervention:	
Votre date de chirurgie:	

## RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom d'usage (ou marital):	Prénom:	
Nom de naissance:	Né(e) le:    /    /	Sexe:    F    M
Lieu de naissance:	Téléphone domicile: Portable:	
Mail:		
Adresse:		
Code postal:	Ville:	
Nom et coordonnées du tuteur, curateur ou sauvegarde de justice:		

## L'ASSURANCE MALADIE ET MUTUELLE

Contactez votre mutuelle pour connaître vos modalités de remboursement et demander une prise en charge.  
Informations à transmettre : N°Finess 420017527  
Prise en charge à renvoyer à [admission@c-vue-roanne.fr](mailto:admission@c-vue-roanne.fr) – Tél : 04 77 78 38 80

N° de sécurité sociale :

Nom de la Mutuelle :

Caisse d'assurance :

Adresse de la mutuelle :

Nom et prénom de l'assuré (si différent du patient) :

Votre intervention est-elle liée à un accident de travail    Oui     Non     Si oui, date de l'accident :

Bénéficiez-vous de la complémentaire Santé Solidaire ou Protection Universelle Maladie ?    Oui     Non



Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_

reconnais avoir reçu du chirurgien, de l'anesthésiste et de tout médecin consulté, toute l'information souhaitée, simple et intelligible concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre au cas où je ne me ferais pas opérer.

Ils m'ont aussi expliqué les risques auxquels je m'expose en me faisant opérer, les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je confirme avoir reçu les informations spécifiques aux modalités d'hospitalisation ou liées à ma prise en charge en ambulatoire.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la pathologie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles non toujours prévisibles.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, les médecins peuvent se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement.

J'autorise et je sollicite dans ces conditions, le chirurgien, l'anesthésiste et les autres médecins à effectuer tout acte qu'ils estimeraient nécessaire en cas d'urgence vitale.

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit. Cette autorisation ne constitue pas une décharge de responsabilité.

Fait à \_\_\_\_\_ Le, \_\_\_\_\_

Signature

## TUTELLE

**Pour les patients sous tutelle, veuillez faire compléter le document joint à votre tuteur et faire parvenir l'attestation de jugement (cf. Note d'information à l'attention du tuteur pour signature)**

Coordonnées intégrales du représentant légal :

Fait à \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_ Signature

## PERSONNE À PREVENIR / PERSONNE DE

Je soussigné(e)

Nom d'usage (ou marital):	Prénom:
Nom de naissance:	Né(e) le:

### PERSONNE A PREVENIR (Personne à contacter en cas d'événement au cours du séjour)

Nom:	Prénom:
Adresse:	
Téléphone:	
Lien avec le patient:	

### PERSONNE DE CONFIANCE

#### La personne de confiance, qui est-ce ?

Toute personne majeure (ne faisant pas l'objet d'une tutelle) peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. La personne de confiance peut vous assister lors de vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos prises de décisions et sera consultée dans le cas où vous ne seriez en état d'exprimer votre volonté. Cette désignation se fait par écrit pour une durée laissée à l'appréciation du patient et est révoquée à tout moment par écrit. La personne de confiance doit avoir accepté cette désignation et être majeure. Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, et peut être modifiée à tout moment par écrit.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, mais je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance pour la durée de mon séjour.
- Je souhaite désigner une personne de confiance

Nom:	Prénom:
Adresse:	
Téléphone:	Lien avec le patient:

#### Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche  Un parent  Mon médecin traitant  Préciser :

Fait à:	Le:
Signature du patient	Signature de la personne de confiance informée de son rôle

### DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Les directives anticipées se présentent sous la forme d'un document écrit, daté et signé et sont modifiables et révoquées à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Avez-vous rédigé des directives anticipées  OUI  NON

Si oui, comment la clinique peut-elle se les procurer ?

# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

### La démarche qualité

La qualité et la sécurité des soins sont un axe central de la stratégie du centre. Notre établissement a été officiellement certifié par la HAS (Haute Autorité de Santé), organisme indépendant de certification.

Notre démarche d'amélioration de la qualité s'appuie sur les différentes évaluations que nous menons et notamment sur l'évaluation de votre satisfaction et de vos attentes.

### Anonymat

Si vous souhaitez que votre présence ne soit pas divulguée, signalez-le à l'accueil et au responsable du service de soins le nécessaire sera fait pour préserver votre anonymat.

### Prise en charge de la douleur

Nous nous engageons avec votre participation à vous aider à ne plus avoir mal ou à avoir moins mal. L'équipe soignante évaluera régulièrement votre douleur. En l'évoquant, vous aiderez l'équipe à mieux vous soigner. Le personnel est composé d'une équipe pluridisciplinaire et se réunit dans le but d'améliorer de façon continue la qualité de votre prise en charge.

### Lutte contre les infections associées aux soins

On appelle « infection associée aux soins », une infection contractée lors d'une hospitalisation. Elle est due à des microorganismes provenant de votre corps (peau, tube digestif) ou de l'entourage, véhiculés par les soins ou l'environnement (eau, air).

En respectant des règles simples vous participez à réduire le risque infectieux :

- Se laver les mains : nous vous invitons ainsi que votre entourage à utiliser les solutions hydroalcooliques mises à disposition dans l'établissement
- Suivre les recommandations médicales en termes d'hygiène (douche préopératoire ...)
- Respecter la propreté des locaux
- Signaler aux médecins et infirmières si vous vous savez porteur d'une infection
- Limiter les visites aux seuls accompagnants

### Personne de confiance (art L1111-6 du Code de la Santé Publique)

Vous avez la possibilité de désigner par écrit une personne de votre entourage, révocable à chaque instant. Cette personne sera consultée dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle peut également assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions. La loi ne prévoit pas qu'un patient mineur puisse désigner une personne de confiance. Les patients sous tutelle ne peuvent pas désigner une personne de confiance. Cependant, si la désignation de la personne de confiance a été faite avant que la mesure de tutelle soit ordonnée, le Juge des tutelles devra confirmer ou non la désignation, dans l'ordonnance de jugement.

### Consentement éclairé

Lors de votre consultation, votre praticien vous informe de la nature et des risques des soins qui vous seront prodigués. Après un délai de réflexion, vous devez donner par écrit votre consentement libre et éclairé, nécessaire pour toute décision concernant votre santé. Tant pour des raisons pratiques que par respect du patient dans l'esprit de la loi, toute intervention sur les enfants mineurs nécessite le recueil du consentement de la ou des personnes détenant l'autorité parentale, sans pour autant renoncer au droit à la parole de l'enfant. Nous vous remercions de remettre votre consentement renseigné et signé lors de votre admission.

## Les directives anticipées (art L1111-17 du CSP)

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées. Il s'agit d'une déclaration écrite qui précise ses souhaits quant à sa fin de vie, dans l'hypothèse où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toutes décisions concernant l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont révisables ou révocables à tout instant.

## Votre droit d'accès au dossier médical

(cf. articles L 1111-7 et R 1111-2 à R 1111-9 du code de la santé publique).

Un dossier médical est constitué au sein du centre. Il comporte toutes les informations de santé vous concernant. Vous avez un droit d'accès à ces informations, exception faite des notes personnelles du professionnel de santé et des informations communiquées par un tiers.

Vous pouvez accéder à votre dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin. Une demande écrite doit être faite auprès de la Direction avec photocopie de votre carte d'identité recto-verso. La communication du dossier a lieu au plus tard 8 jours à compter de la date de réception de la demande et au plus tôt après l'observation d'un délai légal de quarante-huit heures. Pour une hospitalisation datant de plus de cinq ans, un délai de deux mois sera nécessaire. La consultation des données sur place est gratuite. Si vous souhaitez en obtenir la photocopie, les frais de reproduction et le cas échéant d'envoi sont à votre charge.

Votre dossier médical est conservé pendant vingt ans à compter de la date de votre dernier séjour.

Le Directeur du centre veille à ce que toutes dispositions, soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées.

Vos données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement et sont protégées par le secret médical.

Hébergement : vos données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins sont soit conservées au sein du centre.

## Données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel font l'objet de traitements de données réalisés dans le respect des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et à compter du 25 mai 2018 du règlement européen sur les données à caractère personnel (RGPD).

Vous disposez de droits, pouvant inclure notamment un droit d'accès, de rectification, que vous pouvez exercer auprès de la direction du centre.

Conformément à cette réglementation RGPD, un Délégué à la Protection des Données est désigné à compter du 25 mai 2018 pour le groupe Capiro en France pour contrôler la conformité de la mise en œuvre de cette réglementation. Ses coordonnées sont disponibles sur simple demande à l'accueil de l'établissement.

Une information détaillée sur la politique de traitement des données à caractère personnel de Capiro est disponible sur la page internet <http://www.capiro.fr/rgpd> ou sur simple demande à l'accueil du centre.

## Règles générales

Pour le respect et la tranquillité de tous, il est nécessaire d'éviter toutes nuisances, conversations trop bruyantes. Conformément à la réglementation, il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement.

En cas d'incendie : ne vous affolez pas, et attendez les consignes du personnel. Un plan d'évacuation est affiché dans le centre.

Pour la réussite de votre séjour, relisez tous les documents qui vous ont été remis. Posez toutes les questions que vous souhaitez au médecin et au personnel, avant et pendant votre séjour. Ils seront à votre disposition pour vous apporter l'aide, le réconfort et l'appui dont vous pouvez avoir besoin.

## Contestation / réclamation

Vous pouvez exprimer votre mécontentement oralement au responsable de service ou adresser votre plainte par écrit à la direction de l'établissement. En cas de plainte écrite, vous recevrez rapidement une réponse.



## DECLARATION DE CONSENTEMENT



CLINIQUE DE LA VUE  
Roanne

Au cours de la consultation d'anesthésie du \_\_\_\_\_ avec le Docteur \_\_\_\_\_

Je reconnais avoir reçu toutes les informations simples et intelligibles sur la technique d'anesthésie prévue, les modalités, les avantages et les complications possibles liées à celle-ci. J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai compris les réponses qui m'ont été fournies.

Pour les questions concernant l'acte qui motive cette anesthésie, il appartient au chirurgien ophtalmologiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

Un document écrit d'information sur l'anesthésie m'a été remis.

Par la présente, je donne mon consentement à l'anesthésie prévue et j'accepte également les modifications éventuelles de la technique anesthésique qui deviendraient nécessaires avant, pendant et après l'intervention pour ma sécurité et mon bien-être.

Pour assurer une surveillance péri opératoire de qualité en coordination avec l'équipe chirurgicale, ainsi qu'une permanence des soins urgents 24h/24, les médecins anesthésistes-réanimateurs travaillent en équipe. Aussi, l'anesthésiste que j'ai vu en consultation ne sera pas obligatoirement celui qui pratiquera mon anesthésie.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur.

Nom :

Prénom :

Signature du patient :

Si mineur, Signature des deux parents

Père :

Mère :

## Opération de la cataracte

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes atteint d'une cataracte responsable de vos troubles visuels. Votre ophtalmologiste vous propose l'opération, car la chirurgie constitue le seul moyen d'améliorer votre vision.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

### La cataracte

Elle correspond à une altération optique et/ou anatomique du cristallin, lentille de forte puissance située à l'intérieur de l'œil (objectif d'un appareil photographique) jouant un rôle important dans la vision et l'accommodation chez le jeune, c'est-à-dire le passage de la vision de loin à la vision de près.

### Pourquoi opérer la cataracte ?

Parce qu'il n'existe pas de traitement médical (collyres, médicaments) pouvant guérir une cataracte. En l'absence d'opération, l'opacification évolutive du cristallin pourra conduire à une diminution croissante de la vision, et à une perte de votre autonomie. De plus, l'augmentation de volume du cristallin vieillissant pourrait être source d'une élévation de la pression intra-oculaire.

### L'opération de la cataracte :

L'intervention est réalisée alors que le patient est installé sur le dos, en milieu chirurgical stérile et sous microscope. Elle représente un geste chirurgical majeur, car elle consiste à inciser l'œil et à en extraire l'un de ses éléments internes, le cristallin.

### Hospitalisation :

Une immobilisation minimale appropriée est nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste.

### Anesthésie :

L'œil est insensibilisé uniquement par l'instillation de gouttes ou éventuellement par des injections autour de l'œil. Une anesthésie générale est également possible. Le choix de l'anesthésie est décidé entre l'anesthésiste et l'ophtalmologiste qui tiennent aussi compte de vos souhaits.

### L'intervention :

Le chirurgien a recours à l'instrumentation qui lui semble la mieux adaptée. L'extraction du cristallin est réalisée par une sonde passant par une petite incision et peut-être assistée par laser. Le sac contenant le cristallin (la capsule) est laissé en place. Il est exceptionnel de procéder à l'extraction de l'ensemble du cristallin et de la capsule.

### Implantation d'un cristallin artificiel (implant intra-oculaire) :

Le cristallin est remplacé par une lentille synthétique placée derrière la pupille. L'incision de l'œil est suturée ou non.

### Incidents ou difficultés opératoires :

Ils sont rares et imprévisibles mais peuvent modifier le déroulement de l'intervention. La principale complication est la rupture de la capsule (moins de 5% des cas). Elle conduit parfois à placer l'implant devant la pupille, voire à renoncer à toute implantation. Il peut être nécessaire d'enlever un petit fragment de l'iris et/ou de procéder à l'ablation d'une partie du vitré dans le même temps ou dans un second temps. L'extraction de la cataracte est parfois incomplète et peut imposer une reprise chirurgicale.

### Les Implants intra-oculaires disponibles :

Le choix, discuté avec votre chirurgien, sera fondé sur les caractéristiques fonctionnelles et anatomiques de vos yeux, ainsi que sur vos besoins visuels.

Les différentes catégories se rangent entre monofocaux, multifocaux, accommodatifs et toriques (voir fiche N°01B).

### **L'évolution post-opératoire habituelle :**

Dans la très grande majorité des cas (95%), l'œil opéré de cataracte est indolore. La vision s'améliore très rapidement et une correction adaptée par lunettes peut être prescrite au bout de quelques semaines. La présence d'autres lésions de l'œil (glaucome, rétine...cicatrices ou maladie cornéenne) peut limiter la récupération visuelle.

Les soins locaux sont réduits à l'instillation de gouttes, à l'application d'une pommade et au port d'une protection oculaire selon des modalités et durant une période qui vous seront précisées par votre chirurgien. Il est parfois nécessaire de procéder à l'ablation de fils de suture.

L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou d'instruments dangereux, la conduite automobile sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie par votre ophtalmologiste.

Dans plus de 30 % des cas, il se produit, au cours des années qui suivent l'intervention, une opacification de la capsule : c'est la "cataracte secondaire" responsable d'une nouvelle baisse de vision. Le traitement consiste à réaliser une ouverture de la capsule par laser ou par chirurgie.

Une sécheresse oculaire plus ou moins durable peut survenir, se traduisant par une gêne oculaire à type de sensation de corps étranger, picotements, brûlure, larmolement réflexe paradoxal. La perception de mouches volantes est aussi possible.

### **Les complications post-opératoires de l'opération de la cataracte :**

Bien qu'elle soit parfaitement standardisée et suivie d'excellents résultats, l'opération de la cataracte n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention.

Les complications sévères de l'opération de la cataracte sont très rares. Elles peuvent nécessiter une réintervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de toute vision de l'œil opéré, voire à la perte de l'œil lui-même. Il s'agit des infections (moins de 1 cas sur 1000), du traumatisme de l'œil par le patient ou son entourage, du décollement de la rétine, du trouble de la cornée, de déformation pupillaire, de l'extraction incomplète de la cataracte, du déplacement du cristallin artificiel, d'un œdème rétinien maculaire. Enfin l'hémorragie est une complication grave rarissime.

D'autres complications sont moins sévères, comme la cicatrice insuffisamment étanche, une chute partielle de la paupière supérieure, un hématome du blanc de l'œil ou de la paupière, une sensibilité accrue à la lumière, une inflammation de l'œil, l'augmentation de la pression intraoculaire, la déformation de la cornée (astigmatisme), une vision dédoublée.

L'erreur de calcul de la puissance du cristallin artificiel est rare, compte tenu de la précision des systèmes de mesures utilisés systématiquement avant l'intervention. Elle peut éventuellement nécessiter une réintervention.

**Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.**

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné \_\_\_\_\_ reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai reçu une information sur tous les coûts de l'opération J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant.

Je donne mon accord

Je ne donne pas mon accord

Pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé ainsi que pour l'enregistrement anonyme des images opératoires

*Date et Signature*

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) avec l'aide de la Société de l'Association Française des Implants Intraoculaires et de la Réfraction (SAFIR)



### Avant de venir voir l'anesthésiste

- Remplir ce questionnaire le dater et signer.
- Lire les fiches d'informations, les dater et signer
- Apporter avec vous vos comptes rendus (Si vous en avez) :
  - Test d'effort
  - Echographie cardiaque
  - D'Hospitalisation
  - Pneumologue (EFR)
  - Apporter votre dernière ordonnance

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître en vue de votre opération.

Poids : ..... Taille : ..... Âge : ..... Cigarettes/J : .....

**Nom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Nom de votre Médecin Traitant : .....

Téléphone Portable : .....

Mail : .....

Date de la 1<sup>ère</sup> Opération : .....

Date de 2<sup>ème</sup> Opération : .....

Nom du Chirurgien : .....

**Etes- vous seul à domicile ?**       **Oui**    **Non**

## Antécédents chirurgicaux et obstétricaux :

Opérations :	Date :	Opérations :	Dates :

oui  non

1. Avez-vous bénéficié d'intervention sur la moelle épinière, le cerveau, les yeux ? ..... oui  non
2. Dans votre famille, vous a-t-on signalé des problèmes en rapport avec une anesthésie ?..... oui  non

## Antécédents médicaux :

### Cœur & Hémostase :

3. Avez-vous été soigné(e) pour le cœur ? .....  oui  non
4. Votre Médecin vous a-t-il dit que vous aviez un **souffle** au cœur ? ..... oui  non
5. Aviez-vous eu un infarctus, des stents coronaires, de l'angine de poitrine ? .....  oui  non
6. Avez-vous déjà eu une épreuve d'effort, une échographie du cœur ou des vaisseaux ? ..... oui  non  
(Apporter le dernier compte rendu)
7. Avez-vous des crampes dans les mollets vous obligeant à vous arrêter quand vous marchez ? ..... oui  non
8. Avez-vous déjà eu :  
DES PHLÉBITES ? ..... oui  non  
EMBOLIE PULMONAIRE ? .....  oui  non
9. Avez-vous connaissance de maladie du sang ou de la coagulation dans la famille ?  oui  non  
Si oui, laquelle ?.....
10. Avez-vous saigné plus de 24 heures ? .....  oui  non
11. Avez-vous saigné plus de 24h après une **extraction dentaire** ? .....  oui  non
12. Avez-vous pris de l'**aspirine** ? ..... oui  non

### Poumons & SAS:

13. Avez-vous de la **bronchite chronique** ou de l'**emphysème** ? ..... oui  non
14. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? .....C/jour
15. Avez-vous ou avez-vous eu de l'**asthme** ? ..... oui  non
16. Ronflez-vous ? ..... oui  non
17. Avez-vous l'**apnée du sommeil** ? ..... oui  non
18. Avez-vous un **respirateur** la nuit pour dormir ? ..... oui  non

**Digestif & Appareil Urinaire & Gynéco :**

- 1. Avez-vous eu **Un ulcère d'estomac** ?  oui  non
- 2. Avez-vous **des remontées acides** après les repas, en vous couchant ? .....  oui  non
- 3. Avez-vous déjà fait une jaunisse, une hépatite ? .....  oui  non
- 4. Avez-vous une infection urinaire ? .....  oui  non
- 5. Pour les HOMMES : Avez-vous des problèmes de prostate ? .....  oui  non
- 6. Pour les FEMMES : Êtes-vous **enceinte** ? .....  oui  non

**Endocrino & neuro :**

- 1. Prenez-vous un traitement pour le **cholestérol** ? .....  oui  non
- 2. Avez-vous du **diabète** ? .....  oui  non
- 3. Avez-vous des problèmes de la **thyroïde** ? .....  oui  non
- 4. Avez-vous déjà **perdu connaissance** ? .....  oui  non
- 5. Avez-vous eu un **accident vasculaire cérébral (AVC)** ? .....  oui  non
- 6. Avez-vous déjà fait une crise d'**épilepsie, des convulsions** ? .....  oui  non
- 7. Avez-vous été soigné(e) **pour les nerfs** ? .....  oui  non
- 8. Avez-vous souvent des maux de tête(**Migraine**) ? .....  oui  non

**Divers :**

- 9. Prenez-vous des **stupéfiants** (cannabis, cocaïne ...) ? .....  oui  non
- 10. Prenez-vous du **vin, bières, apéritifs** ? .....  oui  non  
**Combien de verres par jour :** .....
- 11. Avez-vous déjà eu une **transfusion** de sang ? .....  oui  non
- 12. Vous a-t-on déjà parlé de **glaucome** (maladie des yeux) ? .....  oui  non

**Allergies**

- 13. Présentez-vous des **allergies** (pollens, poussières, poils d'animaux, nickel...).....  oui  non
- 14. Êtes-vous allergiques à des **aliments** (éruption, gonflement du visage, ...) ? .....  oui  non
- 15. Êtes-vous allergiques à des **médicaments** (éruption, gonflement du visage, ...) ? .  oui  non  
.....  
.....
- 16. Êtes-vous allergiques au **latex** (éruption, gonflement du visage...) ? .....  oui  non

**TRAITEMENTS EN COURS :**

*Attention : Ne pas arrêter de traitement avant avis médical*

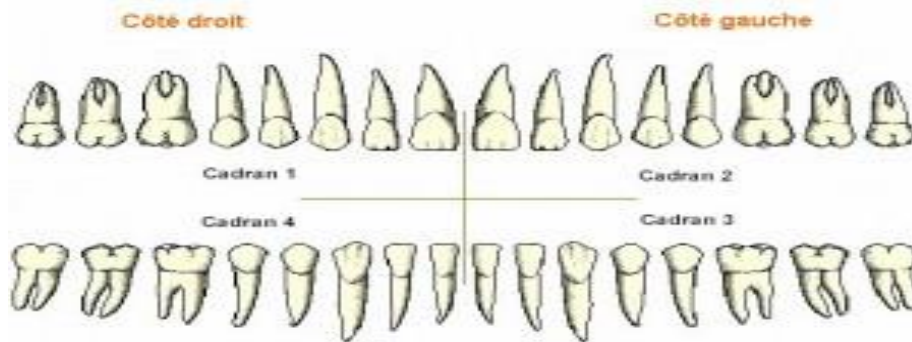
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Si vous voulez signaler quelque chose qui ne vous a pas été demandé dans ce questionnaire, faites-le ci-dessous :* .....

**Portez vous :**

- Des pivots, Couronnes  oui  non
- Bridges fixes ?  oui  non
- Dents déchaussées ?  oui  non
- Appareils dentaires amovibles ?  oui  non

Cochez les dents concernées.



Date : ..... Signature : .....

**AUTORISATION D'OPERER**

Patients mineurs  sous tutelle

*Pour un mineur, l'autorisation d'opérer des **deux parents** est indispensable*

Nous soussignons, ..... Mère / tutrice (1)

Et..... Père / Tuteur (1)

De ..... né(e) le ..... donnons l'autorisation de pratiquer les soins : examens, intervention chirurgicale, anesthésie, que nécessite son état de santé.

Date :

Signature de la mère/ tutrice

signature du père/tuteur

# Information médicale sur l'anesthésie



**CLINIQUE DE LA VUE**  
Roanne

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 prise en charge anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur.

**Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.**

**L'ANESTHESIE** est un ensemble de techniques qui permettent la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur.

**L'anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié. Elle est graduée, en fonction de l'acte, depuis une sédation ayant pour but de détendre à la perte de conscience complète.

**L'anesthésie locorégionale** permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une **anesthésie générale** pourra se substituer secondairement à l'anesthésie locorégionale en cas d'échec ou d'effet jugé insuffisant lors de l'installation au bloc opératoire. Cela justifie les mêmes consignes de jeûne.

Les complications graves liées à l'anesthésie générale ou à l'anesthésie locorégionale ne sont pas les mêmes, mais au final, aucune technique ne paraît plus risquée qu'une autre, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues rares.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une **CONSULTATION**, plusieurs jours à l'avance et une **VISITE PRE ANESTHESIQUE**, réalisée, selon les modalités d'hospitalisation. Vous y serez informé(e) des différentes techniques d'anesthésie possibles et adaptées à votre cas. À cette occasion, vous serez amené(e) à exprimer vos préférences. Vous êtes invité(e) à y poser les questions que vous jugerez utile 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.

**LA SURVEILLANCE DE L'ANESTHESIE**, quel que soit son type, l'anesthésie se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Vous serez pris (e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

**APRES L'INTERVENTION** vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue, la douleur est évaluée systématiquement et régulièrement, des médicaments seront prescrits pour calmer la douleur. Enfin vous serez accompagnés dans une salle de repos ou vous sera servie une légère collation avant de revoir un médecin pour la validation de votre départ du centre.

**LA DOULEUR** est évaluée systématiquement et régulièrement, afin de pouvoir y apporter le traitement le mieux adapté. La morphine ou un de ses dérivés est prescrite pour toutes les douleurs intenses aiguës. Des effets secondaires peuvent se manifester : nausées, démangeaisons, somnolence, rétention urinaire, constipation. Une complication comme la dépression respiratoire reste exceptionnelle. Dans tous les cas une thérapeutique bien codifiée est immédiatement prescrite.

**Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte des risques : événements désagréables, déficiences transitoires ou permanente, risque vital.**

**LES RISQUES après une anesthésie générale** : Les nausées et les vomissements peuvent survenir au réveil. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne (pas d'aliment, de boisson, de cigarette) sont bien respectées.

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



Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours. Une infection ou une phlébite de la veine est possible.

La position sur la table d'opération peut entraîner des compressions 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 en quelques jours ou quelques semaines. Des lésions oculaires (surtout pour les positions opératoires sur le ventre) sont possibles. Des difficultés transitoires pour uriner peuvent nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse temporaire des facultés de concentration peuvent survenir dans les suites de l'intervention.

Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent exceptionnellement subsister.

**LES RISQUES après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale,** ce sont deux formes d'anesthésie où le produit anesthésique est injecté au niveau de la colonne vertébrale à proximité des nerfs qui vont en sortir.

Des maux de tête, des douleurs au niveau du point de ponction peuvent survenir.

Des difficultés transitoires pour uriner peuvent nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'audition ou de la vision.

**Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale** peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche. Une infection, un hématome à proximité du lieu de ponction de l'anesthésie locorégionale est possible. Ces événements peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

### 1°) AVANT L'ANESTHÉSIE

- Pour votre sécurité il est important de prévenir de toute modification de votre état de santé (fièvre, rhume, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse).

### 2°) LE JOUR DE L'ANESTHÉSIE

- Vous devez rester à jeun selon les recommandations qui vous ont été faites en consultation
- Vous ne devez pas consommer d'alcool ni fumer pendant les douze heures précédant l'anesthésie.
- Prenez une douche ou un bain avant de venir. Pas de maquillage, pas de colorants (type henné).
- N'utilisez ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles, de façon à ne pas gêner la surveillance de votre coloration et la mesure de l'oxygénation durant l'anesthésie.
- Si vous êtes porteur de verres de contact ou de prothèses dentaires ou auditives, montres, bijoux piercings il faudra les enlever pendant la durée de l'anesthésie, prévoyez le nécessaire pour les ranger afin d'éviter leur perte.
- Pensez à apporter les documents demandés par l'anesthésiste : par exemple radiographies, bilan sanguin, carte de groupe sanguin...

### 3°) APRÈS L'ANESTHÉSIE

- Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue en cas de complications.
- **Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e).** 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.
- Après l'anesthésie, ne prenez que les médicaments autorisés par le médecin anesthésiste ou gastro-entérologue.
- Vous pourrez boire et manger légèrement mais vous ne pourrez pas absorber de boissons alcoolisées pendant 24 heures.

Je soussigné(e) Madame/Monsieur....., reconnais avoir pris connaissance des informations et recommandations concernant l'anesthésie ambulatoire et estime avoir été suffisamment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie.

A Roanne le : ..... Signature :