

ANNEXES – EXEMPLES DE DOCUMENTS

Groupe de travail SFAR « dossier anesthésique »

Liste des documents annexes

1. Introduction :

- Textes réglementaires :
 - o <http://www.legifrance.gouv.fr/>
 - o <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
- Recommandations professionnelles : <http://www.sfar.org/>
- Recommandations de l'ANAES : <http://www.anaes.fr>

2. La période pré consultation :

- 2.1. demande de consultation pré anesthésique : 2.1.a ; 2.1.b
- 2.2. questionnaire préanesthésique : 2.2.a ; 2.2.b
- 2.3. information aux patients : document SFAR

3. La consultation pré anesthésique :

Exemples de comptes-rendus de consultation pré anesthésique : 3.a ; 3.b

4. La période per anesthésique :

Exemples de feuilles de surveillance peranesthésiques : 4a ; 4b

5. La surveillance post interventionnelle :

Exemples de feuille de SSPI : 5.a ; 5.b

6. La période postinterventionnelle :

Exemples de feuilles de prescriptions postinterventionnelles : 6a ; 6b; 6c

7. Le compte rendu anesthésique :

Exemples de comptes-rendus anesthésiques : 7a ; 7b ; 7c ; 7d

8. Dossier anesthésique informatisé :

Exemples d'écrans en consultation pré anesthésique : 8.1 a,b,c,d,e,f

Exemples d'écrans en perinterventionnel : 8.2 a,b,c,d,e,f

9. Mortalité et morbidité péri opératoires :

Exemple de fiche de recueil de la morbimortalité : 9

10. Un exemple de dossier complet (Dossier du CHU de Bordeaux)

ANNEXE 2.1.b : Demande de consultation préanesthésique

Demande de Consultation d'Anesthésie*

Médecin demandeur : Dr.

Service :

Téléphone :

Concernant M.

Geste ou intervention prévue :

Cause :

Date et opérateur :

Traitement (nature et doses):

Principaux antécédents, allergies et pathologies associées :

* Cette feuille de consultation a pour but d'améliorer la communication entre nos deux services. Joindre les résultats des examens paracliniques en votre possession (tels ECG, radiographie thoracique, ionogramme, numération formule sanguine, tests de coagulation...) nécessités par les Références Médicales Opposables (J.O. du 24 Mars 1994) en cas de chirurgie lourde, et/ou d'antécédents pathologiques, d'anomalies de l'examen clinique, de facteurs de risque, de prise médicamenteuse pouvant interférer avec l'anesthésie et/ou l'acte envisagé.

ANNEXE 2.2.a : Exemple de questionnaire préanesthésique (page 2)

Avez-vous des antécédents d'allergie ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> Autres médicaments :		
<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Sparadrap	<input type="checkbox"/> Allments :		
<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Rhume des foies	<input type="checkbox"/> Cosmétiques :		
<input type="checkbox"/> Urticaire	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Produits divers :		
Avez vous des antécédents cardiovasculaires ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Infarctus	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Palpitations	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Phlébites
<input type="checkbox"/> Artérite	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Essoufflement	<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire	
Avez vous des antécédents pulmonaires ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Tuberculose	
<input type="checkbox"/> Pleurésie	<input type="checkbox"/> pneumothorax	<input type="checkbox"/> Autres :		
Fumez-vous			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Combien par jour ?		Depuis combien de temps ?		
Avez-vous des antécédents digestifs ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Gastrite , Ulcère	<input type="checkbox"/> Hépatite (ou jaunisse)	<input type="checkbox"/> Maladie du côlon		
Avez-vous des antécédents neurologiques ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Pertes de connaissance	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral		
<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Hernie discale		
	<input type="checkbox"/> Tétanie -Spasmophilie			
Avez-vous d'autres antécédents ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Thyroïde		
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Maladie de l'œil	<input type="checkbox"/> Alcoolisme		
<input type="checkbox"/> Arthrose		<input type="checkbox"/> Rhumatisme		
<input type="checkbox"/> Maladie cancéreuse :	.....		
<input type="checkbox"/> Autre :	.....		
Divers :				
Portez-vous des verres de contact ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une prothèse dentaire ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une dent qui bouge ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Faites-vous facilement des bleus ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Saignez-vous longtemps après une coupure ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu une prise de sang dans les 3 derniers mois ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Madame, Mademoiselle :	Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Combien avez-vous eu de grossesses antérieures ?			
Pensez-vous avoir autre chose à signaler ?			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
.....				
.....				
.....				
.....				

Date :

Signature :

ANNEXE 2.2.b : Exemple de questionnaire préanesthésique

QUESTIONNAIRE		NOM :	Age :	Date :
<i>Allergie, anesthésie et transfusion</i>				
Etes-vous allergique ? (péni..... autres antibiotiques anesthésiques Iode Aspirine..... autres.....)	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu une transfusion sanguine ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des anesthésies locales ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des saignements anormaux ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des problèmes au cours d'une anesthésie ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>Prothèses, atropinophobes et cigarettes</i>				
Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous un pace-maker ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un glaucome ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous une valve cardiaque ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous un adénome de prostate ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous une prothèse de hanche ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Portez-vous un dentier ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Autres prothèses (Auditives, lentilles, stents implants oculaires )	.....
Avez-vous des dents sur pivots ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
<i>Hypertension, cœur et circulation</i>				
Avez-vous une hypertension ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous une artérite des membres ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un accident cérébral ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des varices ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'angine de poitrine ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous fait une phlébite ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un infarctus ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Une embolie pulmonaire ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des pontages coronariens ou une dilatation ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Prenez-vous des anticoagulants ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles du rythme ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	De l'aspirine ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Faites-vous des pertes de connaissance ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Quel est votre traitement pour la tension et le cœur ? :	.....
<i>Poumon , glandes et neurones</i>				
Avez-vous de la bronchite chronique ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous un traitement pour myopathie ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de l'asthme ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Pour l'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quel est votre traitement ?	.....		Pour dépression ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été soigné du poumon ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des cas familiaux de Creutzfeldt-Jakob ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Etes-vous traité pour la thyroïde ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous été opéré en neuro-chirurgie ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pour l'obésité ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous reçu de l'hormone hypophysaire ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pour le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous une greffe de cornée ?	Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quel est votre traitement ?	.....		Autres problèmes neurologiques (Parkinson )	.....
<i>Le foie, le rein et les autres</i>				
Avez-vous un reflux oesophagien ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Avez-vous été opéré du colon ?	Oui <input type="checkbox"/> De la vésicule ? Oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous un ulcère ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	De l'utérus ?	Oui <input type="checkbox"/> Des seins ? Oui <input type="checkbox"/>
Quel est votre traitement ?	.....		De la prostate ?	Oui <input type="checkbox"/> Des reins ? Oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous fait une hépatite B ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Autres interventions chirurgicales ?	
Une hépatite C ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous une insuffisance rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Autres traitements	
Etes-vous hémodialysé ?	Oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

ANNEXE 2.3 : Document SFAR : 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-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'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, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en 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 la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, 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 peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

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

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite préanesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, 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 À 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 ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

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 de 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 de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne 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 passagers.

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.

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 en quelques jours ou quelques semaines.

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

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

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

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de 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 la morphine ou de ses 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 locorégionale en ophtalmologie, 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, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnels.

ANNEXE 3.a : Exemple de compte-rendu de consultation préanesthésique

CONSULTATION D'ANESTHESIE Dr		10/10/2001
Né(e) le : 18/06/1936 65 ans		
Intervention : PTH Droite		
Admission : 12/11/2001		
Date OP: 13/11/2001 <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Chirurgien : Dr		
ANTECEDENTS		
Médicaux: Palpitations, Tétanie, Arthrose, Rhumatismes, Hypothyroïdie, Arythmie		
Chirurgie: Amygdales, Appendicectomie, Coloscopie, angiome linguai, déplacement rétine D (AL)		
Obstétrique: Nb Accouchements : 3 dont 1 grossesse gémellaire		
Allergies: PAS D'ALLERGIES		
Familiaux:		
Transfusions : OUI Groupe sanguin: O+ pro RAI : A Voir		
Anesthésie : PAS DE PROBLEME		
Taille : 1,65 m Poids : 45 Kg Phébriles <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non		
Tabac : NEANT Dents : DENTS SP, Bridge		
TRAITEMENT		
LEVOTHYROX 75 MG, PROPOFAN, BI PROFEND, LUTERAN, LEXOMIL		
EXAMEN CLINIQUE		
Coeur-Poumons : Palpitations rares; épisodes dyspnéiques expiratoires avec sensation de "boule"		
Digestif-Rénal : Constipation		
Neuro-Divers : Arthrose cervicale; coxarthrose d'aggravation rapide (8 mois)		
T A 12/7 Pouls : 70 ASA 2 Etat général : Bon		
ECG: Thorax : Biologie : BIOLOGIE A LA CLINIQUE, TP 69 %		
Divers :		
ANESTHESIE		
Technique proposée AG+Intubation		
Intubation <input checked="" type="radio"/> Facile <input type="radio"/> A Risques Mallampati 1 Veines <input checked="" type="radio"/> Faciles <input type="radio"/> Difficiles		
Provisions Transfusion : EPREX+Cell Saver		
Prémé Voie : Atarax 100 + 1/2 Lexomil, +Traitement habituel		
Anticoagulants: LOVENOX 40		
Prémé Mèd : Atarax 100 + 1/2 Lexomil Heure : VOIR A LA VISITE		

Né(e) le : 18/06/1936 65 ans		DATE :
Chambre :		Anesthésiste :
<i>(Etiquette)</i>		Chirurgien : Dr
		<input type="checkbox"/> Ambulatoire
Intervention : PTH Droite		
VISITE PRÉANESTHESIQUE : CHANGEMENTS INTERVENUS DEPUIS LA CONSULTATION D'ANESTHESIE		
CLINIQUES :		
THERAPEUTIQUES :		
T A	Pouls :	
EXAMENS COMPLEMENTAIRES		
ECG:		
THORAX:		
BIOLOGIE:		
ECHO CARDIAQUE:		
ARTERIO:		
CORONARO:		
EFR:		
SCANNER:		
AUTRE:		
INFORMATIONS ET CONSENTEMENT		
TECHNIQUE RETENUE ET ACCEPTEE : AG+Intubation		
FORMULAIRE D'INFORMATION SUR L'ANESTHESIE REMIS AU PATIENT :		
DATE : 10/10/2001	SIGNATURE :	

ANNEXE 3.b : Exemple de compte-rendu de consultation préanesthésique

Consultation Pré-Anesthésie Clinique Anesthésie-Reanimation		Patient: Madam Née le: NIP: Numéro service: Med TT: Monsieur le Docteur	
Anesth. CS	Date CS 4 OCT 2000	Entrée 9 OCT 2000	Heure 10:30 Interv. 9 OCT 2000
Info. Hospitalisation		Chambre	Heure Intervention :
Anesth. Interv	Praticien	Type	A° GENOU
Type Anesthésie Prévue: RACHIANESTHESIE Antécédent FAMILIAUX : RAS CHIRURGICAUX : fistule anale FACTEUR RISQUES : RAS CARDIO-VASCULAIRE : RAS PULMONAIRE : RAS DIGESTIFS : RAS GYNECOLOGIQUE : G1P1 ALLERGIQUE : ras MÉTABOLIQUE : RAS NEUROLOGIQUE : RAS TRANSFUSIONNELS : Aucun ATCD Autres: Coagulation cliniquement normale Traitement(s) Examen Clinique TA= 12/7 Pouls= 0 CARDIO-VASCULAIRE : RAS PULMONAIRE : RAS		Hospitalisation > 24h Poids: 52 Kg Taille: 156 Cm BMI: 21,37 G. S.: 0+ Pouls: 0 TA: 12/7 INTUBATION: Dents: RAS Bouche: RAS Cou: RAS Rachis: RAS Mallampati: 1 AINS: Transfusion: ASA I	
Bilans TP-TCA-PlaQ		Examens à prévoir à l'entrée Préméd. HYPNOVEL : 10 mg per os H-1 Thérap. Risque.	
..... Documents remis au Patient info SFAR			
Visite préop		Réalisé le	
Modif. examen clinique Modif. thérapeutique		Par Dr	
Conclusions:			