

Avant toute anesthésie pour un acte ambulatoire, il est important de lire attentivement ces recommandations et de demander toute explication complémentaire que vous souhaiteriez avoir.

Nous vous demandons **de rapporter ce document signé, lors de votre ven**

1- 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 0299289358 (infirmière de programmation)

2- Le jour de l'anesthésie

- Vous devez rester à jeun à partir de 0h (minuit) (**ne pas manger, ne pas boire, ne pas fumer**)
- Vous pouvez prendre vos médicaments habituels au moment prescrit, à la condition de ne prendre qu'une seule gorgée d'eau
- Vous ne devez pas consommer d'alcool, ni fumer pendant les douze heures précédant l'anesthésie
- Prenez une douche ou un bain avant de vous rendre à l'hôpital. 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
- Prévoyez une personne qui vous accompagne, valide et responsable

Nom :

Prénom :

tél :

- N'apporter ni bijou ni objet de valeur

3- Après l'anesthésie

- Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue
- 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 majeure qui restera auprès de vous durant la nuit suivant l'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 pouvez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool
- Reprenez votre traitement habituel sauf mention contraire de l'anesthésiste
- En cas de problème, vous pouvez joindre le médecin de garde du service des Maladies de l'Appareil Digestif au 02 99 28 96 77.

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

Nom du patient :

Date :

Signature :