

CLINIQUE SAINT JEAN DE DIEU

GCS Oudinot - Cognac-Jay

Consultation d'anesthésie le :

Avec le Dr :

Intervention le :

Heure de convocation :

Mon Passeport pédiatrique

Coucou moi c'est **Camille** !
Je vais t'aider à préparer ton hospitalisation car **mon Doudou** aussi doit bientôt être opéré.
Et c'est moi qui l'opère car je suis un super chirurgien !



LES RÈGLES DU JEU :

- Prendre le temps de lire ensemble ce passeport
- Respecter ses consignes
- Penser à l'apporter à toutes les étapes de la prise en charge
- En cas de non-respect ces règles : retour à la case N°3

CHERS PARENTS, CHERS TUTEURS, CHERS ENFANTS,

Nous vous invitons à lire ensemble ce passeport pédiatrique qui vous aidera à organiser au mieux la future hospitalisation.

La Clinique Saint Jean de Dieu est un établissement à taille humaine alliant **modernité et esprit de famille au cœur de Paris**.

Ses pôles d'excellence en **cancérologie, chirurgie adulte et chirurgie pédiatrique, l'accueil et le sourire** de ses équipes, la qualité de ses installations font sa spécificité depuis le XIX^{ème} siècle. Son jardin privé vous offre **un cadre paisible et ressourçant**. C'est aujourd'hui l'unique clinique à Paris intra-muros proposant **toutes les spécialités de chirurgie pédiatrique** :

- Chirurgie de la main, orthopédique et traumatologique
- Chirurgie ophtalmologique
- Chirurgie ORL, maxillo-faciale et orthognatique
- Chirurgie urologique et viscérale

Sans objet lucratif et conventionnée, elle est gérée par la **Fondation Cognacq-Jay** et la **Fondation Saint Jean de Dieu** dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Oudinot – Cognacq-Jay.

L'excellence des soins, l'hospitalité en plus ⁺

Nos professionnels partagent les valeurs d'hospitalité, de responsabilité, de respect, de qualité et de spiritualité, héritées de Jean de Dieu, Saint patron des malades, des hôpitaux et du personnel soignant. Fidèles à cet esprit, les médecins libéraux, les Frères hospitaliers de Saint Jean de Dieu et l'ensemble du personnel mettent leur dévouement et leurs compétences à votre service et celui de votre enfant pour rendre son séjour le plus agréable possible.

Nous souhaitons à votre enfant un prompt rétablissement et, à tous, un excellent retour dans votre famille.

Laurence VINCENT
Directrice



CONTENU DU PASSEPORT

LES DOCUMENTS À REMPLIR POUR L'HOSPITALISATION:

- Fiche 1 - Questionnaire préanesthésique
- Fiche 2 - Fiche d'admission des mineurs

Livret d'accompagnement

Avant l'hospitalisation

- P. 2 - Etape 1 La consultation avec le chirurgien
- P. 2 - Etape 2 La consultation avec l'anesthésiste
- P. 3 - Etape 3 L'inscription

Les préparatifs

- P. 6 - Etape 4 Bien préparer le jour J
- P. 8 - ÉTAPE 5 LES CONSIGNES À RESPECTER

À LA CLINIQUE

- p. 11 - ÉTAPE 6 L'ARRIVÉE À LA CLINIQUE
- p. 12 - Etape 7 En route pour le bloc
- p. 13 - Etape 8 Le réveil
- p. 14 - Etape 9 Dans la chambre
- p. 14 - Etape 10 Retour à la maison

Règlement et frais de séjour

Le lendemain de l'intervention

POUR ALLER PLUS LOIN

- Charte Européenne des droits de l'enfant hospitalisé
- Vos droits
- Règlement intérieur
- En savoir plus

Coloriage

MEMO

POUR LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE :

- Passeport pédiatrique
- Questionnaire pré-anesthésique rempli et signé (fiche 1)
- Dernières ordonnances de votre enfant
- Examens réalisés
- Carnet de santé
- Livret de famille
- Cartes d'identité ou passeports des 2 titulaires de l'autorité parentale, décision judiciaire concernant l'autorité parentale ou avis de décès

POUR LE JOUR DE L'ADMISSION :

- Fiche d'admission des mineurs complétée et signée par les deux titulaires de l'autorité parentale (fiche 2)
- Livret de famille
- Cartes d'identité ou passeports des deux titulaires de l'autorité parentale, décision judiciaire concernant l'autorité parentale ou avis de décès
- Carnet de santé
- Résultats d'examens ou radiographies
- Carte vitale
- Carte de votre Mutuelle

Questionnaire pré-anesthésique

Nom : Prénom : Date de naissance :
Âge : Poids : Taille :
Nom du pédiatre ou médecin généraliste : Dr

Nature de l'intervention :
Côté à opérer : Date de l'intervention :

• Terme/ SA Poids de naissance

• Réanimation à la naissance ? OUI NON

• Interventions chirurgicales sous anesthésies générales ou locorégionales ? OUI NON

Si oui, pour quelle(s) intervention(s) ? (indiquer la date pour chaque intervention)

Complications signalées ? OUI NON

• Problèmes d'anesthésie dans votre famille ? OUI NON

• Problème dans la fratrie ? OUI NON

• Hyperthermie maligne ? OUI NON

• Hospitalisation pour un problème médical ? OUI NON

Motif :

Durée : Âge :

Terrain allergique- médecin spécialiste : Dr

• Allergies médicamenteuses ? OUI NON

Lesquelles.....

• Allergies alimentaires ? OUI NON

Lesquelles.....

• Intolérance aux protéines de lait de vaches ? OUI NON

• Allergies aux poils ? OUI NON Aux acariens ?..... OUI NON Aux pollens ?..... OUI NON

• Rhinite allergique ?..... OUI NON Asthme allergique ?..... OUI NON

• Oedème ? OUI NON Eczéma ?..... OUI NON

Risque hémorragique - médecin spécialiste : Dr

• Antécédents dans la famille proche d'une maladie hémorragique OUI NON

Hémophilie, Willebrand, Troubles de l'hémostase :

• Tendances aux ecchymoses importants (> 2 cm) pour un choc mineur OUI NON

• Saignement important après une chirurgie..... OUI NON

• Saignement prolongé après une extraction dentaire ou une coupure..... OUI NON

• Tendance aux saignements prolongés ou inhabituels OUI NON

Complétez
le verso >

Maladies cardiaques - médecin spécialiste : Dr.....

- Pathologies cardiaques :
- Souffles aux cœurs ? OUI NON
- Réalisation d'une échographie cardiaque OUI NON

Maladies respiratoires et ORL - médecin spécialiste : Dr.....

- Bronchiolites ?..... OUI NON
- Asthme ?..... OUI NON
- Laryngite ? OUI NON
- Otites à répétitions ? OUI NON
- Toux chronique ?..... OUI NON
- Apnée du sommeil ?..... OUI NON

Pendant son sommeil votre enfant :

- Ronfle plus que la moitié du temps ?..... OUI NON
- Ronfle bruyamment ? OUI NON
- A du mal à respirer ou lutte pour respirer ?..... OUI NON
- Avez-vous déjà vu votre enfant s'arrêter de respirer pendant la nuit ?..... OUI NON
- Se réveille sans se sentir en forme (pas bien reposé) le matin ?..... OUI NON
- Tabagisme des parents ? OUI NON

Maladies digestives et métaboliques - médecin spécialiste : Dr

- Pathologies :
- Problèmes de Diabète ? OUI NON
- Reflux gastrique ? OUI NON
- Hormone de croissance ? OUI NON
- Douleurs abdominales ? OUI NON
- Vomissements ? OUI NON

Maladies neurologiques - médecin spécialiste : Dr

- Age de la marche :
- Age de la position assise :
- Anxiété ? OUI NON
- Epilepsie ?..... OUI NON

Traitement :

Calendrier Vaccinal à jour OUI NON

Dents fragiles - mobiles - cassées :

- Notez **TOUS** les médicaments pris par enfant, ainsi que les doses :
-
-
- **ATTENTION !** Pensez à apporter la dernière ordonnance et les éventuels examens réalisés récemment pour votre enfant (cardiologiques, pneumologiques, biologiques...).

Le :..... Signature :

Fiche d'admission des MINEURS (0-18 ans)

ATTENTION

SI VOUS NE POUVEZ PAS FOURNIR LES DOCUMENTS DEMANDÉS,
L'INTERVENTION SERA REPORTÉE.

Elle doit être impérativement(1) complétée et signée recto-verso par les deux titulaires de l'autorité parentale N'oubliez pas :

- le livret de famille (si non présenté lors de l'inscription)
- les cartes d'identité des deux titulaires de l'autorité parentale (ou passeports) ou le cas échéant, la décision judiciaire concernant la détention de l'autorité parentale (si non présentés lors de l'inscription)
- cette fiche complétée recto-verso
- les effets personnels de l'enfant : doudou propre, jeux, livres, biberons particuliers, laits particuliers (la Clinique n'a pas nécessairement son lait habituel), couches...

AUTORISATION D'OPÉRER

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Nature de l'intervention chirurgicale :

..... Le :

Je soussigné(e), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et donne l'autorisation de l'opérer et de l'anesthésier.

ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour son entrée.
- autorise M/Mme à l'accompagner le jour de son entrée.

Cette personne devra impérativement présenter sa pièce d'identité lors de l'accueil de l'enfant.

ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Je certifie être le représentant légal du patient désigné ci-dessus et :

- m'engage à ce que l'un d'entre nous accompagne l'enfant pour sa sortie.
- autorise M/Mme à l'accompagner le jour de sa sortie.

Cette personne devra impérativement présenter sa pièce d'identité lors de la sortie de l'enfant.

PÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Agissant en qualité de :

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

(1) "Admission d'un mineur dans un établissement de santé", Ministère de la Santé et des Sports, 15/09/2009

Complétez
le verso >

Nom et prénom du patient : Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Nature de l'examen ou intervention chirurgicale :

..... Le :

Type d'anesthésie : générale locorégionale

Chirurgien : Dr Anesthésiste : Dr

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'EXAMEN OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et certifie :

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de la nature de l'intervention ou de l'examen, de la/les techniques choisies, des soins et des traitements périopératoires, des bénéfices et des risques du projet thérapeutique, du risque de survenue de complications même exceptionnelles.
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e).
- donner mon consentement pour l'intervention prévue pour le patient désigné ci-dessus, les soins et les traitements qui seront dispensés pendant la durée du séjour.
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention.

PÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Agissant en qualité de :

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE À L'ACTE ANESTHÉSIQUE

Je soussigné(e), certifie être représentant légal du patient désigné ci-dessus et certifie :

- avoir été informé(e) clairement (par oral et par écrit) de l'anesthésie prévue (méthode, avantages, risques, complications possibles) et des instructions préopératoires. Les différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie postopératoire disponibles m'ont été expliquées.
- qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et estime avoir été suffisamment informé(e).
- donner mon consentement pour l'anesthésie prévue pour le patient désigné ci-dessus.
- accepter également les modifications de la méthode qui pourraient se révéler nécessaires pendant l'intervention, la transfusion de sang ou de dérivés sanguins, jugées indispensables par le médecin ainsi que la pratique des tests de dépistage VIH et virus des hépatites B et C si nécessaire.

PÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

MÈRE

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

TUTEUR

Agissant en qualité de :

Nom:

Prénom :

Le :

Signature :

CLINIQUE SAINT JEAN DE DIEU

CLINIQUE-STJEANDEDIEU.COM

GCS Oudinot - Cognacq-Jay

Suivez-nous :    #CLINIQUESAINTJEANDEDIEU

Rencontrez-nous : 2 rue Rousselet - 75007 Paris - 01 40 61 11 00



PRENDRE RENDEZ-VOUS :

www.clinique-stjeandedieu.com

Consultations : 01 40 61 11 22

Chimiothérapie : 01 40 61 46 70

IMAGERIE MÉDICALE GRENELLE :

Radio, mammo, écho, EOS : 01 40 59 08 08

IRM : 01 40 59 94 94

Scanner : 01 40 33 15 15

CHIRURGIE ADULTE + CHIRURGIE ENFANT + CANCÉROLOGIE ADULTE