



Check-list

A remplir par le patient la veille de l'intervention

Avant de me rendre à la Clinique, je m'assure :

♥ D'être :		
A jeun (ni boire, ni manger, ni fumer, pas de chewing-gum) au moins 6 heures avant l'entrée :	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
♥ D'apporter :		
Les documents INDISPENSABLES :	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ Résultats de bilans sanguins	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ Les examens complémentaires (radiographies, bilan cardiologique, etc.)	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ Les divers consentements et autorisations (mineur, tutelle, etc.)	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ Le personne de confiance / personne à prévenir, remplie et signée	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Des vêtements amples et adaptés	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
♥ D'avoir :		
Réalisé ma consultation d'anesthésie	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Pris ma douche préopératoire avec mon savon	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ La veille de l'intervention au soir	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
✓ Le jour-même avant mon arrivée	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Effectué ma dépilation selon les consignes fournies dans le livret	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Coupé mes ongles et/ou enlevé mes faux ongles	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Enlevé mon vernis et mon maquillage	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Enlevé mes bijoux et piercings	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Respecté les consignes fournies par l'anesthésiste concernant mes traitements personnels, (anticoagulants, etc.)	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Récupéré en pharmacie de ville les traitements prescrits par l'anesthésiste	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Laissé à mon domicile les objets de valeur	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Prévenu le service AMBULATOIRE en cas de fièvre, lésions sur la zone à opérer entre 9H00 et 17H00 au 03 21 63 44 63	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Prévu un accompagnant voituré pour le retour	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Prévu une tierce personne pour la nuit	<input type="radio"/> Fait	Remarque :
Commentaires éventuels	Signature du patient	